

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 23 Juillet à 1 heure de l'après-midi

LES
RÉCIDIVES DE LA DIPHTÉRIE

PAR

GÉRARD (Abel Gilbert)

Ancien externe des hôpitaux. — Médaille de bronze de l'Assistance publique

<i>Président :</i>	M. HUTINEL,	} <i>Professeurs.</i>
} <i>Juges</i>	MM. RAYMOND,	
	MÉRY,	} <i>Agrégés</i>
	JEANSELME.	

PARIS

IMPRIMERIE HENRI JOUVE

15, Rue Racine

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PAR

Doyen.....	M. DEBOVE.
Professeurs.....	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	RECLUS.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	DEJERINE.
Clinique médicale.....	DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants.....	LANDOUZY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies nerveuses.....	GRANCHER
Clinique chirurgicale.....	GAUCHER.
Clinique ophtalmologique.....	JOFFROY.
Clinique des voies urinaires.....	RAYMOND
Clinique d'accouchements.....	TILLAUX.
Clinique gynécologique.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile.....	TERRIER.
	BERGER.
	D ^r de LAPERSONNE.
	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.
	POZZI
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEGUEU.	THIROLOIX.
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THOINOT.
BESANÇON.	TOURETTE.	MARION.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MERY.	WALTHER.
BROCA André.	GUIART.	POTOCKI.	WIDAL.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	RENON.	WURTZ.
CUNEO.	JEANSELME.	REMY.	
DEMELIN.	LANGLOIS.	RICHAUD.	
DESGREZ.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DUPRÉ.	LEGRY.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de Pathologie Interne à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Assistés

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

MM. les Docteurs :

BARIÉ, médecin de l'hôpital Necker.
BOUGLÉ, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
BROCQ, médecin de l'hôpital Broca.
BALZER, médecin de l'hôpital St-Louis.
AUVARD, médecin de la Maternité de l'hôpital St-Louis.
MATHIEU, médecin de l'hôpital Andral.
MORAX, chirurgien de la clinique ophthalmologique de l'hôpital Lariboisière,

Je suis heureux de pouvoir adresser l'expression de ma profonde reconnaissance. Cette reconnaissance va plus particulièrement à M. le Dr BARBIER, médecin à l'hôpital Hérold, qui m'inspira le sujet de cette thèse et à M. le Dr P. REYNIER chirurgien à l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé, membre de l'Académie de Médecine, qui sans cesse me donna des marques de la sympathie la plus flatteuse.

INTRODUCTION

La question de la récidence de la diphtérie n'est pas nouvelle, mais bien que connue depuis longtemps, elle n'avait été, avant ces dernières années, l'objet d'aucun développement spécial. Ce fait peut paraître surprenant en face des documents innombrables écrits sur la diphtérie elle-même. Cependant il s'explique peut-être si l'on songe que cette récidence n'était admise que par quelques auteurs et, que parmi ceux-là, beaucoup la considéraient comme bénigne et par conséquent sans intérêt.

Cette bénignité toutefois est moins que certaine, aussi avons-nous cru pouvoir aborder l'étude de cette question intéressante d'ailleurs à d'autres points de vue. C'est ainsi que nous montrerons que ces récides sont plus fréquentes qu'on est généralement porté à le croire et que les atteintes peuvent être parfois très rapprochées, sans qu'on ait à penser qu'il s'agit alors de prolongation ou de recrudescence d'un mal en état de chronicité ainsi qu'on l'a dit.

Cette question de l'intervalle nécessaire entre deux atteintes pour qu'on puisse affirmer qu'il y a récidence, est certes la plus délicate à aborder surtout quand on

envisage non seulement le point de vue clinique, mais encore le point de vue bactériologique, c'est-à-dire la question de la résistance et de la persistance des bacilles diphtériques. Disons dès maintenant que nous n'étudierons cette partie que sous son jour clinique, laissant à d'autres plus autorisés, le soin de nous apprendre si certaines atteintes rapprochées sont vraiment — nous voulons dire cliniquement et bactériologiquement — des récidives.

Nous ne pouvons en effet songer à nous servir des recherches opérées jusqu'à ce jour sur la persistance ou la non persistance du bacille, après guérison, dans les cavités buccales ou nasales. Il nous serait facile en particulier, d'exposer les expériences faites récemment dans le laboratoire de M. le Dr Marfan par M. Bourcart, qui tendent à montrer que cette persistance du bacille de Klebs-Löffler est sans doute souvent moins réelle ou moins longue qu'on ne le croit généralement, et qui pourraient peut-être servir dans certains cas intermédiaires, à lever l'incertitude où l'on se trouve de porter le diagnostic de récidive ou de rechute. Mais nous ne le ferons pas, car les conclusions que nous pourrions être amené à en tirer seraient prématurées à cette heure où la distinction entre le vrai bacille et le pseudo-bacille diphtérique, entre les formes typiques et certaines formes atypiques, est encore délicate. Nous nous contenterons donc pour l'étude du moment de la récidive, des faits apportés par la clinique. Mais auparavant, nous devons faire un court exposé des publications parues sur la récidive de la

diphtérie et définir aussi ce que nous entendons par ce terme de récidive. Cette définition ne sera pas inutile puisque, comme on pourra le constater, on a fait à ce propos de fréquentes confusions de mots, appelant rechute ce qui était récidive et récidive ce qui n'était que rechute.

Nous serons par suite amené à parler des prolongations et rechutes de la diphtérie. Nous essaierons alors de faire saisir les distinctions que présentent entre elles ces variétés dans la marche du processus diphtérique. Nous publierons ensuite à l'appui de notre opinion, les observations récentes qui ont motivé le sujet de cette thèse et des observations anciennes offrant mieux qu'un intérêt historique puisqu'à côté de certaines qui pourraient sembler douteuses quant au diagnostic, il en est d'indubitables* par les faits de contagion dont elles s'entourent et les recherches d'autopsie qui sont venues confirmer ce diagnostic. Enfin de cet ensemble, nous tirerons les conséquences pronostiques, thérapeutiques et prophylactiques qui en sont le véritable intérêt.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE

Les récidives de la diphtérie ne sont pas très fréquentes, cependant la littérature médicale en compte un certain nombre : Concetti en relève 79 cas, Home, d'Edimbourg aurait le premier rapporté une observation de ce genre. Cependant à cette époque déjà, Carron, d'Annecy, a vu un malade âgé de 5 ans, avoir une seconde attaque après plus de 3 mois, celle-ci plus courte et moins sérieuse que la première (21 floréal de l'an 12).

Latour, d'Orléans, cite en 1808, le cas d'un jeune homme succombant « précipitamment » à une 3^e attaque de ce croup « toujours aigu, rarement chronique, quelquefois sujet aux récidives ». L'ouverture du cadavre faite en présence de la famille, montra, « la cause trop évidente de la mort, puisque la pseudo-membrane était encore adhérente à l'organe ». Lechevrel, dans un relevé d'observations prises depuis 1804, donne celle d'un enfant âgé de 7 mois, dont la seconde atteinte suivit de 8 jours la guérison de la première. (6^e obs.).

Vers la même époque, un médecin écossais, Cheyne, a vu un petit malade âgé de 8 ans qui avait éprouvé diverses attaques de la maladie dont une très intense 3 ans auparavant. Il ajoute que c'est une erreur de croire que les attaques subséquentes sont moins vio-

lentes que la première ; pour sa part, il a observé une 3^e « rechute » plus forte que les deux précédentes. En Angleterre dit-il, ces récidives sont fréquentes.

Aux Etats-Unis, toujours vers le même moment, les médecins citent des cas de récidive et, comme Home, font remarquer que l'attaque subséquente est plus légère que la première, tandis que d'autres sont de l'avis de Cheyne : Leigh donne l'observation de son fils chez qui la seconde atteinte, survenue au bout de 2 ans, fut grave.

Le professeur Rush a vu souvent en Pensylvanie des récidives du croup : jusqu'à 6 chez le même sujet. L'un de ses fils, âgé de 6 ans, en fut un exemple. A New-York et en Maryland les attaques subséquentes de croup sur le même individu ne sont pas rares. Chatard à Baltimore en a noté plusieurs exemples : son fils âgé de 5 ans en aurait éprouvé sept, dont 3 dans une même année. A son avis, il n'y a en général rien de régulier dans l'intensité de la première ou de la dernière atteinte.

Plusieurs médecins du nord de l'Europe ont pu observer aussi des récidives. Cette assertion est confirmée par de Lafontaine et Hirschfeld, anciens praticiens de Varsovie, par J. Frank de Wilna. Olbers, député de Brême, médecin et célèbre astronome qui donna les « noms de Pallas et Vesta aux planètes qu'il découvrit », avait un fils qui, à l'âge de 12 ans, avait eu 5 fois le croup. La dernière reprise fut la plus intense : « elle ôta tout à fait au malade, pendant 3 ou 4 jours qu'il fut en danger, la faculté de parler et

sa voix depuis a conservé un ton plus bas qu'auparavant ». Michaëlis le jeune, de Hambourg, a noté en 1808 un croup récidivant, environ un mois après la première attaque. Il y eut guérison.

Schwilgué aussi, en 1808, dans son Recueil des faits et observations relatifs au croup, admet la possibilité de la récurrence.

Mercier de Rochefort (Puy-de-Dôme), a traité en 1811, une petite fille d'un an qui 5 mois plus tard eut une récurrence de croup avec complication « d'angine tonsillaire » dont elle mourut. Cette observation, remarque-t-il, intéresse : 1° par la récurrence du croup ; 2° par sa complication d'angine tonsillaire.— Une sœur de cette enfant était morte une année auparavant de cette même maladie « après avoir rendu des fausses membranes grisâtres, étroites, parsemées de stries sanguines ». — Enfin, termine-t-il : « il est peu probable que cette 2^{me} attaque soit une suite de la première : la même disposition existait déjà il est vrai, mais l'élément de la maladie avait disparu. Une nouvelle action de causes identiques la produisit derechef et avec elle l'inflammation des amygdales, des piliers et du voile du palais. »

Solimani, de Nîmes, fait mention dans des observations qu'il communique à Valentin, d'une récurrence survenue quelques jours après la guérison et qui dura plus longtemps que la précédente atteinte.

Valentin, professeur, dans ses Recherches historiques et pratiques sur le croup (1812), dit que certains sujets sont susceptibles d'être de nouveau frappés de croup

et que les exemples n'en sont pas rares dans les lieux où la maladie règne fréquemment. Il rappelle le fait d'un négociant de Marseille dont deux enfants ont eu 4 fois le croup.

Caron, chirurgien de l'hôpital Cochin, affirme en 1808, que le croup est très susceptible de récidives. Par exemple, « si une personne a été atteinte de cette maladie et s'expose de nouveau aux pernicieuses variations de l'air, la partie déjà affectée sera plus susceptible que toute autre à en recevoir l'impression et au lieu d'un catarrhe guttural ou tonsillaire qu'un autre aurait, celui-ci sera de nouveau atteint de croup ».

Jurine a observé 7 fois cette récidive sur le même enfant. Un autre de ses malades, après avoir eu le croup à 9 mois, l'eut encore à 3 ans et cette récidive fut grave « par l'intensité de la fièvre et de la dyspnée ».

Sachse a vu deux rechutes terminées par la mort, mais, ajoute-t-il, les « rechutes » chez nous ne sont pas très communes.

Enfin Royer-Collard en 1813, dans l'article Croup du Dictionnaire des sciences médicales, résume brillamment l'opinion de ses contemporains : « Il est certain que le croup est sujet à des récidives assez nombreuses. Ces récidives ont lieu à des intervalles très différents, quelquefois au bout d'un ou deux mois et quelquefois au bout de deux ou trois ans seulement. Leur intensité respective est également très variable. L'attaque la plus grave est tantôt la première, tantôt l'une des suivantes. Il en est de même de l'attaque la plus légère : on a vu ce même enfant échapper assez facile-

ment à un premier croup ou à deux croups consécutifs et succomber à un troisième.

Ici se termine la 1^{re} partie de cet historique, dont la longueur, a comme excuse de nous montrer que les récidives diphtériques sont depuis longtemps connues, rapportées en grand nombre et souvent bien observées, quoi qu'en ait dit récemment Concetti dans un travail sur les Rechutes et les Récidives de la diphtérie. (*Rivista di clinica pediatrica* 1903).

Cette abondance d'observations, à une période assez éloignée de nous, est-elle surprenante ? Non, puisque la diphtérie était à cette époque l'objet de nombreuses études et qu'un concours avait été ouvert (1807) au nom et sous le patronage de Louis-Bonaparte, à la suite de la mort de son fils aîné tué par la terrible maladie. Mais ce qui est plus curieux, c'est que dans la période suivante, non seulement on trouve moins d'observations de ce genre mais qu'il s'élève quelques notes discordantes qui, augmentant de nombre avec les progrès de la science, entraîneront une véritable confusion dans les termes de prolongation, rechute et récidive.

Skiers en 1825, explique ce retour de la maladie par « un état de disposition spéciale à contracter la maladie, puisque les mêmes circonstances ne concourent pas à faire développer le croup chez des individus exposés aux mêmes causes ». Mais déjà, les praticiens ne manquent pas qui doutent de l'existence de la récidive de la diphtérie, récidive qui ne serait que du pseudo-croup. Bretonneau en 1826, dans son admirable « *Traité de la diphtérie* » qui consacre l'entité morbide de la diphtérie, ne parle pas des récidives.

Horteloup en 1828, ne les admet pas, du moins il n'en connaît pas d'exemple.

En 1842, Garin et Barbier en nient la possibilité.

Ce dernier, dans le tome I de son *Traité pratique des maladies de l'enfance*, s'exprime très nettement à cet égard : « une dernière condition qui favorise le développement du croup, c'est de n'en avoir jamais été atteint. Le croup est une de ces maladies qui n'atteignent presque jamais le même sujet deux fois. On entend dire tous les jours dans le monde, et quelques médecins même dont l'observation est sans doute très superficielle l'affirment, qu'on voit souvent le croup un grand nombre de fois chez le même sujet. Mais ces observations sont généralement fausses et les meilleurs observateurs de notre époque, admettent que la première atteinte du croup quand on en guérit, préserve de toute nouvelle attaque pour l'avenir. Les assertions contraires se rapportent à la laryngite striduleuse. Nous avons vu que le croup est une affection rare dans le tout jeune âge, très fréquente de 1 à 6 ans, de plus en plus rare dans la suite, mais ne disparaissant toutefois jamais complètement comme le faux croup dont la différence capitale avec le vrai croup est que ce dernier n'atteint jamais deux fois la même personne et que sa fréquence plus grande dans l'enfance devrait sans doute n'être attribuée qu'au grand nombre d'immunités non encore acquises à cet âge ».

Guersant en 1853 conclut que : 1° un enfant peut avoir 2 fois le vrai croup ; 2° une seconde atteinte

peut être aussi grave que la première et entraîner une seconde trachéotomie.

Millard en 1858, est également de cet avis ainsi que Warmont, Gombault et Germain Sée.

Peter en 1859, à la suite des 2 cas qu'il rapporte et où la récurrence est survenue 16 jours et 26 jours après la guérison, se demande s'il ne s'agit pas plutôt d'une « rechute ou de la dernière poussée d'une diphtérie incomplètement sortie ». Mais, il croit à la récurrence, car à propos des essais infructueux d'inoculation de la diphtérie qu'il fit, comme Trousseau et Reynal, sur lui-même, il dit que ces inoculations seraient sans avantage pratique, même en cas de réussite, car elles ne mettraient pas à l'abri des récurrences de l'affection : Cas de son collègue Gillette qui mourut d'une récurrence survenue au bout de 30 ans.

Pour Hervieux, 1860, il n'y a récurrence qu'autant que les atteintes sont éloignées les unes des autres.

Rilliet et Barthez, 1861, n'ont pas trouvé d'exemple évident de récurrence parmi les faits qu'ils ont analysés : une foule de ces observations ne sont pour eux que des « laryngites spasmodiques », quant à celles où la mort serait survenue après la 2^e ou la 3^e atteinte, « elles prouvent simplement que le faux croup ne préserve pas du vrai croup ».

J. Simon, Lorain et Lépine, en 1869, pensent que la diphtérie n'est pas une de ces maladies qui confèrent une sorte d'immunité pour l'avenir.

Trousseau en 1873, ne fait aucune allusion aux récurrences ; Hybre en 1875, considère les cas à sa con-

naissance comme de simples poussées d'un même mal. Vers cette même époque, Bergeron, Cadet de Gassicourt, D'Espine et Picot, Sanné, relatent des cas de récidives : Sanné a toujours vu la seconde atteinte bénigne, ne nécessitant pas la trachéotomie ; elle s'est produite de 19 jours à un an après la guérison de la première et n'a pas porté toujours sur le croup, mais aussi sur l'angine seule. Sur 10 reprises, 5 ont touché le larynx et 5 se sont bornées aux amygdales.

En Allemagne également paraissent vers 1885, sous la plume de Cahnheim, Unrich, Beschorner, des observations de récidive.

Mais déjà, nous arrivons à la période contemporaine, nous voulons dire à celle que marque la découverte du sérum de Roux. Un élément nouveau vient d'être introduit dans la discussion. Va-t-il modifier les faits acquis ? Variot, en 1895, note deux cas de repullulation des fausses membranes après emploi de 30 à 40 cc. de sérum, chez deux malades dont la gorge était complètement libre depuis quinze jours. Cette repullulation, dit-il alors, est d'une interprétation assez difficile si l'on admet une action spécifique de l'antitoxine. Sevestre et Méry, à la même date, remarquent que la persistance bien connue des bacilles de Loeffler rend compte de ces réinfections qui d'ailleurs, grâce au sérum, seront de plus en plus rares si tant est qu'elles existent.

Mais bientôt, on convient du peu de durée de l'immunisation par le sérum qu'on limite à quatre semaines environ, du moins d'après les données expérimen-

tales. Netter, Comby, Variot, Marfan, Barbier, Ausset, etc., donnent la même note à cet égard.

A l'étranger les mêmes remarques sont faites : en Allemagne par Vucetic, Stoker, Gobel, puis par Seitz Solhmann, Gnandinger, Preisich... ; en Espagne, par Vargas, Vives, La Torre... ; en Belgique, par de Groote, Lamborelle... ; en Italie, par Jacobi, Eichorst, Comba, Ferrini, Mackenzie, Borgoni et surtout Concetti.

Cependant la confusion persiste : Concetti, qui longuement s'occupe de la question en mai 1903, n'ose pas appeler récidives, les atteintes nouvelles quand un mois seulement les sépare de l'attaque première. Il faut attendre l'article que M. le Dr Barbier consacre à la question dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique infantiles* (1903), pour voir ces expressions de diphtérie à rechutes ou prolongée et de diphtérie récidivante nettement définies.

RÉCIDIVE, RECHUTE, PROLONGATION

DÉFINITION

Notre intention n'est pas de discuter la valeur absolue des termes récidive, rechute et prolongation, mais plutôt de distinguer les faits qu'ils doivent désigner puisque cette désignation s'est souvent appliquée à des cas qui parfois présentaient bien peu des caractères qu'elle aurait exigés. Cette définition nous permettra d'indiquer à la fois ce qu'est pour nous la réinfection diphtérique et dans quelles limites de temps on peut la considérer comme certaine.

La récidive de la diphtérie est une réinfection qui résulte soit d'une *contagion* nouvelle, soit d'une *autodiphtérisation* par les bacilles restés dans la gorge à la suite d'une première atteinte, et qui est indépendante de l'infection dont cette première atteinte a été le résultat ou mieux, qui est séparée d'elle par une période de guérison plus ou moins longue mais *complète*, sans qu'entre en ligne de compte la persistance ou l'absence dans la gorge ou le nez du bacille de Loeffler.

Ainsi, nous admettons la récidive non seulement pour des atteintes éloignées mais aussi pour des attein-

tes rapprochées survenant parfois à la fin d'une convalescence, pourvu qu'il n'y ait aucun lien clinique entre ces dernières et l'infection primitive.

En cela, nous différons de la plupart des auteurs qui n'admettent la récurrence qu'autant que celle-ci est seulement la conséquence d'une *contagion* nouvelle survenue alors que les bacilles de Lœffler ont *complètement* disparu de la gorge. Nous aurons à justifier cette différence d'opinion, mais auparavant, nous indiquerons ce que nous entendons par prolongation ou rechute. Ce nous est facile puisque nous n'avons qu'à rapporter l'excellente définition qu'en donne M. le Dr Barbier :

« La diphtérie prolongée est une forme clinique qui,
« chez un sujet traité par la sérothérapie, se prolonge
« au delà des limites de temps habituelles et ceci de
« deux façons : 1° Soit par une persistance anormale
« des fausses membranes constatées le premier jour
« ou par une réapparition de ces fausses membranes
« après un temps variable, pendant lequel les mu-
« queuses étaient nettoyées. A la première forme cor-
« respond plus spécialement le nom de diphtérie
« prolongée proprement dite, à la seconde celui de
« diphtérie à rechutes ; 2° Soit par une persistance,
« ou par une réapparition des phénomènes d'intoxica-
« tion, double éventualité qui peut coïncider avec la
« persistance ou avec la repullulation des fausses
« membranes mais, fait capital, qui peut aussi se
« manifester sans nouvelle formation membraneuse. »

Donc d'une part, il y a *récurrence* quand un intervalle de complète guérison — dont nous aurons à fixer

approximativement les limites—sépare les deux atteintes et *prolongation* ou *rechute* quand les manifestations cliniques pathologiques de la diphtérie continuent après la chute des fausses membranes ou persistent dans l'intervalle de deux poussées membraneuses.

Sans doute existe-t-il des cas intermédiaires où il peut sembler difficile de se faire une conviction au point de vue de la récurrence ou de la rechute : ce sont ceux où il n'y a qu'un intervalle assez court entre deux poussées pendant lequel le retour à la santé peut ne pas sembler complet. Il s'agit alors de distinctions bien subtiles et bien inutiles, car l'intérêt des récurrences est dans la constatation de leur possibilité et dans les mesures et précautions que cette possibilité doit faire prendre au médecin. Mais ce qu'on ne saurait accepter, c'est qu'on nomme rechutes les cas comme ceux de Legendre et Pochon (1893), de Golay 1897, sous le motif, qu'on a presque toujours trouvé, du bacille virulent ou non dans l'intervalle des poussées. Certes, la prolongation peut être fort longue—témoin certains cas dont la durée a été de 50 jours et plus et ces cas que Simonin a présentés sous le nom de formes larvées de la diphtérie, mais ce n'est pas assez pour que soit considérée comme prolongée, toute diphtérie à la suite de laquelle il persiste des bacilles ou se produit une ou plusieurs poussées membraneuses. Ce sont des déductions de ce genre qui ont amené Golay à conclure que toute diphtérie est prolongée et peut-être que la récurrence n'existe pas. La présence des bacilles ne peut entrer en ligne de compte qu'autant

qu'elle se révèle par de la fièvre, des réactions du côté de la gorge, des modifications du pouls, par la perte de l'appétit, de l'entrain, etc., en un mot par certains symptômes locaux ou généraux habituels à la maladie. Au cas contraire, il faut admettre que ces bacilles se trouvent dans les cavités naturelles : buccales nasales ou sinusales, au même titre que les hôtes ordinaires de ces cavités auxquels les circonstances les ont faits s'ajouter. Étaient-ils en effet atteints de diphtérie, surtout de diphtérie prolongée, les malades chez qui Roux et Yersin ont constaté l'existence des bacilles de Loeffler virulents alors qu'aucun d'eux ne présentait la moindre manifestation morbide et que depuis longtemps on n'avait noté de diphtérie dans leur lieu de séjour ? Étaient-ils diphtériquement prolongés les enfants sains chez qui Sevestre et Martin ont vu des bacilles saprophytes, sous prétexte que sous l'influence de conditions telles que la mauvaise hygiène, la rougeole etc., ils pouvaient un jour être atteints de diphtérie ?

Qu'il y ait auto-infection ou infection nouvelle il y a donc récidence si la seconde condition est remplie : absence de manifestations morbides.

Nous croyons le moment venu de fournir notre relevé d'observations. Comme nous avons eu déjà l'occasion de le dire, il en contient d'anciennes dont l'intérêt est surtout historique car, bien que paraissant le plus souvent d'un diagnostic incontestable, elles ne

présentent pas la véritable preuve que seuls donnent les effets du sérum et l'examen bactériologique. Ce sont ces observations que nous donnons les premières, ensuite viendra le relevé d'observations prises, depuis la découverte du bacille de Klebs-Lœffler et la retentissante publication de Roux, au Congrès international de médecine de Vienne, tant à l'étranger que dans le service de M. le Dr Barbier.

OBSERVATION PREMIÈRE

Par Carron d'Ancey (1865)

M. ., 5 ans, se plaignait depuis quelques jours d'une toux légère lorsque le 12 floréal an 12, il commença à éprouver des malaises et une difficulté plus prononcée à respirer. La nuit fut orageuse ; il eut de la fièvre et se plaignit d'un sentiment d'angoisse à la région laryngée sans éprouver de douleur, ni d'empêchement dans la déglutition. Pendant la journée, la toux devint fréquente, la voix sonore, aiguë, glapissante. L'enfant ressentait plus d'embarras à la trachée, crachait un flegme épais et semblait soulagé par l'expectoration.

Le 20, l'enfant éprouva beaucoup moins d'angoisse laryngée et la respiration fut plus aisée.

Le 25, la constriction du larynx reparut dans la nuit, la voix fut un peu plus aiguë.

Le 26, la voix reprit son timbre à peu près naturel.

Le 27, le malade toussait encore fréquemment mais il respirait aisément. Le 28, le mieux se soutint ou même augmenta. Le 30 il y avait encore un peu de toux, mais il ne restait aucun symptôme de croup.

Récidive : Le 6 fructidor de la même année, l'enfant eut une nouvelle attaque de croup. Sa voix, après

15 heures d'invasion de la maladie, était glapissante, et il éprouvait une grande difficulté à respirer.

Guérison rapide.

OBSERVATION II

(Par Lechevrel (1806).

Edouard Callet, 7 mois, fut attaqué du croup le 15 février. Quand je le vis, la maladie semblait arrivée à sa 2^e période tant la toux était rauque et l'oppression forte. Le pouls était petit et si fréquent que je ne pus en compter les pulsations. De suite, on passa un vomitif qui fit bien, etc... Le 16, après une mauvaise nuit, la fièvre et l'agitation furent plus marquées, le malade ne pouvait téter et portait sans cesse la tête en arrière. Le 18, la nuit fut plus douce et le 19 il n'y eut plus qu'un peu d'enrouement.

Récidive : Le soir du 1^{er} novembre suivant, nouvelle attaque d'oppression. Une heure après, la toux et la voix étaient décidément croupales Vomitif... Convalescence le 3 (Vésicatoire au bras pour faire une diversion et empêcher les retours fluxionnaires sur la gorge pendant l'hiver).

OBSERVATION III

(Home 1809).

Une malade âgée de 18 mois, jouissant ordinairement d'une bonne santé fut atteinte du croup le 30 Mars. On lui appliqua sur le champ des sangsues qui ôtèrent environ cinq onces de sang et on lui fit prendre un vomitif. La voix avait ce ton aigu qui caractérise le croup.

La respiration était prompte, le pouls assez faible, à 130, la toux sèche, pénible et courte, la déglutition, aisée. Les urines étaient claires et sans sédiments.

Fumigations d'eau et de vinaigre et vésicatoire autour du col. Elle était mieux le soir et la toux devint moins sèche : elle passa une très bonne nuit. Le troisième jour la voix était revenue à son ton naturel ; écoulement abondant de mucus nasal. Le quatrième jour la voix a encore quelque chose d'extraordinaire, les urines déposent un sédiment léger. Cet état dure 3 ou 4 jours au bout desquels la malade se trouve guérie.

Récidive : Elle fut atteinte 6 mois après de la même maladie mais à un degré plus léger.

OBSERVATION IV

(Par Mercier de Rochefort (1811).

M^{me} P... dont une fille était morte de croup un mois auparavant, a une seconde fille âgée d'un an atteinte à son tour de croup le 30 janvier. L'enfant est enrouée depuis la veille ; voix rauque, respiration bruyante, pouls faible et précipité. L'expiration est stertoreuse, se fait avec un sifflement aigu, sonore, s'entendant de loin. Bouffissure du visage, couleur bleuâtre des lèvres tristesse, tendance invincible à porter la tête en arrière et la main au devant du cou, obligation de quitter brusquement le sein, sous l'imminence de la suffocation, au moment de la succion. Vomitif...

Le 3 février, aggravation des symptômes : Pediluves sinapisés, inspiration d'ether, liniment ammoniacal sur le cou, etc... Rémission dans la matinée. Sommeil assez tranquille. Dans la nuit retour brusque des symptômes.

Le 4, calme et sommeil, toux moins rauque, sueurs. Le soir, accès de suffocation durant 2 heures. Nuit bonne : respiration moins bruyante et plus égale. Le 5, réveil gai, point de fièvre. Le 7, un peu d'enrouement ; le soir : fièvre, agitation, toux fréquente sans être rauque, respiration haute, larmoiement. Le 8, éruption de scarlatine ; le 11 desquamation farineuse.

1^{er} mars : aucun vestige de croup ni d'éruption.

En avril, rhume de 8 jours sans conséquence fâcheuse.

Récidive : Le 21 juin, toux et enrouement. Le 25, fièvre vive, agitation, difficulté d'avaler, toux rauque, gêne de la respiration qui est parfois haute, stertoreuse ; nuit mauvaise. A mon arrivée râlement sonore, bouche béante, pouls très fréquent, raide, serré, tumeurs douloureuses au-dessous de chaque angle de la mâchoire. Déglutition très difficile, boissons rejetées par les narines et produisant des quintes de toux convulsive avec danger de suffocation, assoupissement et agitation extrême tour à tour. L'érétisme étant tombé dans la journée et les tonsilles ayant perdu de leur volume, la déglutition devient plus libre. Nuit calme.

Le 26, la déglutition est encore plus libre, le pouls est plus souple et plus fréquent, moins de fièvre, mais visage pâle, toux rauque, abattement ; le soir, chaleur intense, pouls très petit, irrégulier, retour des tumeurs du cou, face tuméfiée, violette, voix étouffée, déglutition impossible, imminence de la suffocation qui arrive à 10 heures.

Inspection du cadavre : les tonsilles, les glandes de la base de la langue sont enflammées et tuméfiées ; les piliers et le voile du palais sont d'un rouge intense. La trachée est tapissée d'une couche membraniforme blanchâtre faisant au-dessous du larynx un bourrelet circulaire, si épais à la partie postérieure qu'il obstrue complètement les voies aériennes ; les bronches sont remplies de mucosités ; les poumons sont dans l'état sain avec autour, 4 onces de sérosité épanchée dans la cavité gauche de la poitrine. Une sœur de cette malade eut à son tour, un mois plus tard, le croup et mourut ; elle présenta sur la plaie du vésicatoire du cou, un revêtement membraniforme.

OBSERVATION V

(Par Vieusseux 1809).

Le 5 août 1778, un enfant de 8 mois, nourri par sa

mère fut atteint de croup ; cet enfant avait depuis plusieurs jours de la toux. La nuit du 2 au 3 il faisait en dormant un bruit qui parut singulier à la mère et en se réveillant il avait peine à respirer. Il fut mieux le reste du jour mais quand il toussait, il rendait un son rauque. Dans la nuit du 3 au 4, il se réveilla avec la respiration beaucoup plus gênée et beaucoup d'angoisse ; difficulté à téter. Dans la nuit du 4 au 5, tous les accidents augmentèrent. Je fus appelé le 5, la fièvre était forte. Prescription : vésicatoire, looch, saignée. (Le chirurgien ne pouvant saigner cet enfant assez replet, appliqua 2 sangsues à la main qui ne firent ni bien ni mal), etc. . . Le soir il y avait peu de changement (2 sangsues et un gros d'assa fœtida). Le 6 il y eut du mieux qui se continua les jours suivants, mais ce ne fut que le 10 que l'enfant respira librement.

Récidive : Il continua à jouir d'une bonne santé jusqu'au 23 mars 1779 où il fut attaqué de nouveau par la même maladie.

Le 25 il était convalescent.

OBSERVATIONS VI et VII

(par Guersant 1853)

1° Maufre Philippe, 6 ans, constitution lymphatique : pas de maladie antérieure ; est pris le 12 janvier 1850 d'un mal de gorge léger. Le 15, les accidents s'aggravent, la voix s'altère, la toux est sonore ; fausses membranes sur les amygdales. Du 15 au 16, augmentation d'intensité des symptômes, respiration difficile ; la voix commence à s'éteindre. Le 16, vomitif : l'enfant rend des fausses membranes. Le 17, voix complètement éteinte, toux rare, croupale, lèvres violacées, respiration presque impossible, agitation extrême. Le malade se dresse sur son lit et fait des efforts pour respirer. Auscultation : pas de murmure respiratoire ; sonorité à la percussion, asphyxie imminente.

Trachéotomie, quelques lambeaux de fausses membranes s'échappent ; canule double — la respiration

renait, la face redevient rosée, la déglutition est facile. 23 janvier : Retrait de la canule qu'on ne remet plus. Sortie le 2 février.

Récidive : Depuis, l'enfant s'est toujours bien porté, mais le 22 octobre 1851 il revient. Depuis le 20 il a une toux enrôlée, pas de dyspnée.

Examen: angine tonsillaire avec fausses membranes à droite. Pas de fièvre.

Le 24, accès de suffocation. Auscultation : peu d'expansion pulmonaire ; sonorité à la percussion.

Le 26 symptômes d'asphyxie, voix éteinte, respiration courte et fréquente avec dépression de la région épigastrique. Face violacée, sueurs, agitation, inquiétude, pouls faible, fréquent et irrégulier. Trachéotomie, rejet de fausses membranes. Une demi-heure après la gêne respiratoire renaît. Une heure plus tard la respiration est plus facile mais encore bruyante.

Le 27, expulsion de fausses membranes. Respiration : 48, pouls : 120, il est régulier. — Le 28, nuit bonne, expulsion de fausses membranes, la canule est retirée ; le soir l'enfant avale de travers. — Le 31 la respiration se fait bien mais le malade est faible et la déglutition se fait si mal que tout passe par la plaie trachéale. 1^{er} novembre : l'enfant est mieux, mais même difficulté dans la déglutition. — 10 novembre : la déglutition s'opère mieux.

26 novembre : le rétablissement est complet, il persiste seulement un peu d'altération de la voix.

2^e Montperte Léon, 8 ans, habituellement d'une bonne santé, toussé, altération de la voix depuis 3 ou 4 jours. Entre à l'hôpital des Enfants le 22 mars 1851 : dyspnée, pouls fréquent, pas de fausses membranes appréciables, pas d'asphyxie.

24. — Fièvre, aphonie, pas de fausses membranes, asphyxie continue et progressive. Trachéotomie. Respiration facile.

Le 1^{er} avril, on enlève la canule et le 10 l'enfant sort guéri.

Récidive : Bien portant jusqu'à la fin de janvier 1852 où il est pris de toux, d'oppression, d'altération de la voix. Il entre à l'hôpital en état d'asphyxie et d'aphonie, pas de fausses membranes apparentes. Face violacée, expansion pulmonaire nulle. Avec mon collègue Trousseau nous pratiquons la trachéotomie. L'asphyxie cesse et l'enfant boit facilement. Il rend des fausses membranes pendant 3 jours. La canule est retirée le 6^e jour. Aujourd'hui 11 février l'enfant est très bien, la déglutition est naturelle.

OBSERVATION VIII

(Millard 1858)

E. L. . . ., entrée le 13 février 1857, salle Ste-Catherine, malade depuis 8 jours. Deux accès de suffocation dans la journée. Ipéca : vomissements assez abondants suivis d'un accès de suffocation. — Chlorate de potasse : 4 grammes etc. Dans la journée rejet de fausses membranes bien caractérisées ; second accès de suffocation.

Pouls résistant, très fréquent : 144 ; respiration peu accélérée mais un peu bruyante ; toux fréquente rauque, caractéristique du croup ; voix non complètement éteinte mais rauque.

Fausses membranes blanches disséminées par petites plaques sur la face interne des amygdales qui sont volumineuses, rouges. Peu d'engorgement sous-maxillaire : ganglions mobiles, peu développés, indolents. Sonorité.

Pas de diphtérie des fosses nasales ni des organes génitaux. Sonorité normale de toute la poitrine.

A 10 heures l'enfant s'endort : respiration large, lente (3½ inspirations par minute) mais rauque et sifflante dans les deux temps. — A 11 heures, elle devient bruyante et s'accélère : trachéotomie, canule n° 2. — Quelques débris de fausses membranes.

16 février. Nuit assez agitée, visage plus pâle, couvert de sueur, pouls moins résistant, à 136. — Respi-

ration calme (44 à 48 inspirations). — Rejet d'une fausse membrane large et résistante. — Chlorate de potasse : 4 gr.

17 février. Nuit assez agitée, rejet de fausses membranes ; le matin respiration silencieuse mais encore accélérée (48 inspirations). Retrait de la canule pendant quelques instants. Le soir, fièvre vive, abattement, rejet de 2 fausses membranes. Dans la nuit : accès de suffocation, toux incessante, expulsion de quelques fausses membranes sanguinolentes ; remplacement de la canule n° 2 par la canule n° 3.

18 février. Mieux sensible, commence à jouer. Pouls de 136 et 140. Respiration plus accélérée : 56 inspirations. Auscultation négative. Plus d'engorgement sous-maxillaire, encore une très petite fausse membrane sur l'amygdale gauche.

19 février. Mauvaise nuit, 132 pulsations, 48 inspirations, visage pâle, gêne de la déglutition, avale de travers surtout les boissons ; du liquide s'échappe par la canule.

20 février. Nuit bonne, 120 pulsations, même fréquence dans la respiration ; retrait de la canule pendant deux heures sans accident ; réintroduction de la canule n° 4. A dater de ce moment l'enfant va mieux, la gaieté et l'appétit reviennent ; le 27 la déglutition même des liquides se fait facilement ; le 1^{er} mars elle dit quelques mots et le 25 elle est rendue à sa famille.

18 mars. 3 jours après revient avec la scarlatine ; la cicatrice trachéale s'est rompue.

20 mars. La langue se recouvre de muguet.

27 mars. L'enfant est convalescente.

Récidive : 17 avril. Allait partir quand brusquement elle se plaint, tousse, a de la rancité de la voix et des vomissements alimentaires. La nuit suivante est agitée.

18 avril. Angine couenneuse, petits ganglions sous le côté droit de la mâchoire : narines rouges avec

écoulement séreux. Pouls à 128. Cautérisation de la gorge au crayon ; vomitif qui provoque l'expulsion de fausses membranes larges. — Chlorate de potasse 5 grammes. — Le soir amélioration ; la gorge commence à se nettoyer, la toux et la voix sont un peu moins croupales.

19 avril. Nuit mauvaise, visage pâle et fatigué, toux plus fréquente, plus sonore ; voix éteinte ; rejet de fausse membrane ; encore des taches blanches sur les 2 amygdales et la face postérieure du pharynx ; augmentation du jetage nasal. Respiration silencieuse (28 à 32 inspirations.).

Dans la soirée accès de suffocation tel qu'on pratique la trachéotomie. A 5 heures l'enfant est calme ; 128 pulsations.

20 avril. Nuit bonne, plusieurs fausses membranes ont été rendues ; encore quelques fausses membranes sur la face postérieure du pharynx ; pouls à 136 ; respiration à 56.

21 avril. Nuit bonne mais le matin accès de suffocation violent ; on extrait avec de longues pinces, des fausses membranes très épaisses, pelotonnées et formant bouchon au niveau de la canule. Visage très pâle, respiration fréquente ; pouls à 148.

22 avril. Amélioration, enfant pleine de gaieté, veut jouer.

23 avril. Restée toute la journée d'hier et la nuit sans canule.

3 mai. Avale de travers surtout les liquides.

20 mai. Santé générale excellente malgré la pâleur.

26 mai. Tousse encore, persistance d'un peu d'altération de la voix.

28 mai. — Sort ; revue quelque temps après elle est bien rétablie.

OBSERVATIONS IX et X

(Thèse de Peter 1839)

1^o L... Marie, 4 ans et demi, entre le 6 juillet pour croup, angine couenneuse et diphthérie vulvaire. C'est une enfant chétive.

Le 7, les symptômes asphyxiques sont très marqués et l'on trachéotomise. Au bout de 4 jours, la fausse membrane disparaît de la vulve. L'enfant se rétablit lentement mais graduellement. Le 31 juillet, 24 jours après la trachéotomie elle sort guérie.

Recidive : Six jours plus tard elle rentre à l'hôpital avec une angine qui dès le lendemain devient couenneuse. 10 août : il y a altération des traits, dépression des forces, petitesse du pouls, fièvre continue. Sous les fausses membranes qui se détachent on voit les amygdales ulcérées. Odeur fétide de l'haleine. Le 11, l'épuisement est extrême, la malade meurt sans avoir présenté, cette fois de symptômes de croup.

2^o B... Gaston, 4 ans et demi, entre le 31 janvier pour une angine couenneuse datant de 8 jours et compliquée de croup depuis deux. Il est trachéotomisé le jour même de son entrée. 24 heures après il est gai, souriant et respire avec aisance. P. = 130 et R = 44.

36 heures après l'opération, rendement de fausses membranes.

Le 5 février, la plaie trachéale est devenue diphthéritique.

Le 16, cicatrisation complète. Le 20, l'enfant sort guéri.

Recidive : Le 26 il rentre de nouveau avec une plaque gris jaunâtre sur l'amygdale gauche et une vive rougeur de la gorge. L'amygdale est hypertrophiée. Le 28, même état local avec malaise, tristesse, fièvre. pouls à 140.

Le 2 mars, la fausse membrane se détache.

Le 11 rougeole, dont l'éruption disparaît le 14; mais la fièvre persiste intense, la toux est incessante. Râles humides dans toute la poitrine.

Le 1^{er} avril, Gaston est gai, maigre encore, mais bien portant.

OBSERVATION XI

(Dr Cahnheim de Dresde 1885)

Dans une famille de six membres, cinq personnes tombèrent, en très peu de temps, malades de diphtérie. Comme cette famille était logée à l'étroit un enfant avait été confié à un établissement de charité puis après guérison était revenu chez lui. Tous les malades souffrirent encore d'otite diphtérique alors que toutes les autres manifestations de la maladie avaient déjà disparu.

Quinze jours après la 1^{re} atteinte les mêmes personnes furent prises de diphtérie naso-pharyngo-laryngée. L'affection se termina comme la 1^{re} fois sauf chez un enfant de 2 ans qu'on dut trachéotomiser et qui mourut plus tard.

Le logement avait été, après la première attaque, désinfecté avec le sublimé et le « Karbol ».

Nota. Le Dr Beschorner rapporte après son confrère un cas de récidence qu'il a eu l'occasion d'observer.

Il s'agit d'une jeune fille qu'il fut appelé à soigner pour angine diphtérique. Ce ne fut qu'après plusieurs semaines, alors qu'elle était complètement guérie qu'elle retourna chez elle.

Au bout de quelque temps elle eut une nouvelle attaque de diphtérie.

OBSERVATION XII

D^r Wolf-Lewin (1894).

Première atteinte. Un enfant de 9 ans et demi est contagionné par sa sœur atteinte d'angine diphthérique. Il reçoit le deuxième et le troisième jour de la maladie une injection de sérum antidiphthérique.

Au bout de quelques jours l'enfant était guéri.

Récidive. Cinq semaines après il est de nouveau, malade ; les amygdales sont rouges, tuméfiées, recouvertes d'un exsudat pseudo-membraneux. On fait une injection de sérum et 24 heures après, la chute des fausses membranes était accomplie.

Quatre jours plus tard apparaît une éruption rubéoliforme avec température de 40° et douleurs dans les articulations qui présentent une tuméfaction légère.

Huit jours plus tard on remarque sur l'amygdale gauche un nouvel exsudat de la grosseur d'un petit pois, il existe de la température.

L'examen bactériologique permet de constater la présence du Lœffler.

Injection de sérum.

Guérison au bout de 48 heures non sans que soit apparue cependant une nouvelle poussée érythéma-teuse qui dura deux jours.

OBSERVATION XIII

D^r Nicolaüs Vucetic de Schabatz (1896)

1^{re} ATTEINTE : *angine diphtérique associée grave, paralysie du voile du palais, albuminurie.* — 2^e ATTEINTE : *angine grave avec paralysie du voile du palais.*

1^{re} atteinte. X.... âgé de 3 ans est amené le 15 juin dans le service. Il est malade depuis 3 jours.

Vomissements depuis deux jours, forte fièvre, assoupissement, haleine fétide, gonflement du cou ; aucune nourriture depuis la veille ; douleurs vagues dans le ventre.

A première vue, on a l'impression d'une diphtérie grave : gonflement bilatéral du cou, bouche à demi ouverte, visage blême, regard traduisant la douleur et l'abattement ; température élevée. Examen local : exsudat d'un brun sale dans le pharynx, productions blanchâtres sur les deux amygdales, sur les bords de la luette et les piliers antérieurs du voile du palais ; rougeur de la muqueuse.

Les fausses membranes s'enlèvent assez difficilement laissant alors apparaître un pecté hémorrhagique.

Microscope : streptocoques et bacilles de Lœffler typiques. Injection de 300 gr. de serum anglais : « serum for diptheria » venant du British Institute of preventive medicine.

Violents saignements de nez qui expliquent l'état de débilité et de somnolence du petit malade. Au bout de 36 heures l'influence favorable du serum se fait sentir et le malade se remet peu à peu. Cependant l'infection laisse une paralysie du voile du palais : nasonnement de la voix, rejet des liquides par le nez.

Guérison au bout de 4 semaines ; sortie.

La désinfection du logement avait été mal faite.

L'enfant vécut en contact avec ses parents et sa sœur aînée, âgée de 15 ans. Celle-ci ne contracta pas la maladie.

2^e atteinte, le 9 août. — 56 jours après la première atteinte, je ne fus pas peu surpris de voir la mère amener de nouveau son enfant dans un état aussi grave que la première fois.

L'inspection de la gorge montra une fausse membrane recouvrant entièrement la luette.

Injection de sérum de Behring n° 2.

L'enfant est à présent (fin de septembre), en bonne santé. Il ne lui reste qu'une légère paralysie du voile du palais, mais moins grave que la première fois. Pas d'albumine dans les urines quoiqu'il y en eût un peu au cours de la première atteinte; dans les sédiments urinaires se trouvent des cellules de l'épithélium rénal ayant subi la dégénérescence graisseuse ainsi que des cylindres hyalins.

Bien que les préparations microscopiques eussent montré nettement les bacilles de Loeffler et que l'examen local n'eût laissé aucun doute sur le diagnostic, j'avais pris un morceau de fausse membrane, je l'avais lavé et désagrégué dans une solution d'acide borique à 2 %, puis j'avais ensemencé 3 éprouvettes contenant de la gélatine. Dans les préparations faites en suite j'avais trouvé des bacilles à extrémités renflées.

Nota. Stoker rapporte après Vucetic, dans la même séance de société, un cas de récidence où, bien que la démonstration bactériologique n'ait pas été faite, les symptômes de diphtérie ont été indiscutables.

Cette récidence est survenue huit ans après une diphtérie grave suivie de paralysie du voile du palais. Deux frères de cet enfant moururent de la même maladie dont un après trachéotomie.

Quant à l'enfant lui-même, les suites de la maladie furent : néphrite, paralysie du voile du palais et des muscles accommodateurs des deux yeux, phénomènes qui persistèrent pendant quelques semaines.

OBSERVATION XIV

(Dr Et. Golay) (*Revue médicale de la Suisse Romande, 1897*).

Ce cas est représenté par l'auteur comme un exemple de diphtérie prolongée ; nous le rapportons, parce que d'accord avec notre définition de la récidue, nous le rangeons dans le groupe des diphtéries récidivantes.

J. G... 8 ans jouit d'une bonne santé habituelle.

Première atteinte 1896. — 12 mars. On constate une angine avec exsudats blanchâtres sur les deux amygdales. Les ganglions sous-maxillaires sont un peu tuméfiés des deux côtés du cou.

14 mars. Nuit bonne ; l'enfant est plus gai, mais l'examen bactériologique ayant démontré qu'il s'agit d'une diphtérie pure, une injection de 10 c. c. de serum est faite dans le flanc gauche. Le soir, l'enfant se sent beaucoup mieux, il demande à manger.

7 et 8 avril. L'enfant est cliniquement guéri, il ne se ressent d'aucun trouble, la gorge a repris son aspect normal. Par contre, l'examen bactériologique donne toujours le même résultat (après un mois de maladie) : diphtérie pure.

Pour juger du degré de virulence du bacille de Lœffler, on fait une culture pure en bouillon, laquelle injectée plus tard à la dose de 1 c. c. à un cobaye, le tue en 27 heures.

Du 17 avril au 27 août, on pratique 27 cultures dont la réponse reste la même : bacilles de Lœffler. Au dernier examen, une injection de 1/2 cc. de culture pure

à un cobaye le tue en 48 heures (L'enfant, ajoute l'observateur, ne peut donc être considéré comme guéri bien qu'il continue à présenter tous les attributs d'une parfaite santé).

2^e atteinte. — 1^{er} septembre : Trois jours plus tard, il est pris de fièvre et de mal de gorge. On constate deux petites trainées blanchâtres sur l'amygdale droite. L'examen bactériologique indique encore une angine lefflerienne pure. Cependant l'enfant malgré cette rechute est gai.

4 septembre. Les deux trainées blanchâtres ont disparu. Cliniquement l'enfant est guéri.

3^e atteinte. 22 octobre. Il se plaint de nouveau de la tête et de la gorge, dépôts blancs sur l'amygdale droite. R. 38. Examen bactériologique : bacilles courts et amas de streptocoques.

28 octobre. Huit jours après cette récurrence l'examen microscopique ne décèle plus rien.

Les mois de novembre, décembre 1896 et janvier 1897 se passent très bien, la santé semble parfaite.

4^e atteinte. — 5 février 1897. Le petit malade est de nouveau pris de fièvre, vomissements et douleur de gorge. Les deux amygdales sont couvertes d'exsudats blancs ainsi que l'extrémité de la luette ; les ganglions sous-maxillaires sont gonflés.

Examen bactériologique = bacilles courts + streptocoques.

6 février. Injection de 40 c.c. de sérum.

13 février. Disparition des fausses membranes. Examen bactériologique négatif.

Depuis lors, aucune nouvelle angine.

OBSERVATIONS XV ET XVI

D^r Brossard (*Poitou médical*, 1899)

1^o *Première atteinte : croup grave, tubage injections répétées de sérum; 2^o atteinte : angine pure bénigne.*

M... 5 ans est atteint, dans le courant de novembre 1899 d'une angine à fausses membranes. La gorge (amygdale et voile du palais) est recouverte de fausses membranes épaisses et grisâtres : il y a du nasonnement ; les ganglions du cou sont modérément gonflés et l'état général est assez bon. L'enfant se nourrit assez bien ; pas de vomissements.

Injection de 20 c. c. de sérum de Roux, suivie, 48 heures après, d'une injection nouvelle de 15 c. c. les fausses membranes ne s'étant pas détachées.

L'examen bactériologique confirma le diagnostic clinique : c'était une angine diphtérique pure.

Or, 18 mois auparavant, cet enfant habitait Paris ; il y avait été atteint à l'âge de 3 ans et demi, au milieu de la nuit, d'une attaque de croup d'emblée. Transporté mourant à l'hôpital des Enfants-Malades il avait été tubé et avait reçu plusieurs injections de sérum suivies d'une guérison assez rapide.

2^o *Première atteinte : angine diphtérique herpétiforme : 2^o atteinte angine herpétiforme pure. — Bénignité dans les deux cas.*

X... 11 ans, est atteint brusquement dans le courant de décembre, d'un léger mal de gorge accompagné d'un état général assez sérieux : fièvre vive, courbature, malaise. — Vésicules d'herpès écloses sur la lèvre dans la nuit précédente ; langue saburrale. Pas d'engorgement des ganglions du cou.

Examen de la gorge : quelques petites fausses membranes d'un blanc mat, rondes, de la largeur d'une petite lentille sur les deux amygdales peu enflammées elles-mêmes. Déglutition assez douloureuse. Etat général non inquiétant.

Diagnostic : Angine herpétique. Or, l'examen bactériologique montrait peu après la nature diphtérique pure de cette angine.

La guérison fut rapide, sans injection de sérum. Un an auparavant, l'enfant avait été atteint d'une angine qu'on avait traitée comme telle. Or l'examen bactériologique qu'on avait fait faire apprit qu'il s'agissait cette fois encore d'une angine diphtérique. Aucune injection ne fut faite alors car les fausses membranes avaient disparu quand on connut les résultats de l'examen bactériologique.

OBSERVATION XVII

(Dr Ausset de Lille, 1900).

Première atteinte : 1900. Notre petit malade est entré pour la première fois dans notre service le 14 janvier. Il avait une angine diphtérique avec croup. On dut pratiquer le tubage. L'examen bactériologique et les cultures nous donnèrent du *Loëfler* à formes moyennes. L'enfant resta tubé jusqu'au 19 janvier avec des alternatives de détubage et de réintubation. Le cas fut assez grave et se compliqua de broncho-pneumonie et d'albuminurie. Quoi qu'il en soit, le 25 janvier il sortait cliniquement guéri ; il ne restait plus rien aux poumons, les urines ne renfermaient qu'un léger nuage d'albumine.

Récidive : 1900. Il nous revint le 16 juillet. Le 13, les parents avaient remarqué que l'enfant était sombre et paraissait avoir la fièvre. Les jours suivants il jouait

moins, ne voulait pas manger et avait du reste de la difficulté pour avaler. En outre, était apparue une petite toux quinteuse, légèrement voilée.

L'état général à l'arrivée est bon, la voix un peu enrouée, mais non éteinte ; la toux est rare, un peu quinteuse. Pas de tirage. Les amygdales sont tapissées d'un exsudat membraneux gris sale, peu épais, très adhérent ; les ganglions sous-maxillaires sont durs, tuméfiés.

L'examen bactériologique et les cultures montrent du Loeffler : formes courtes et moyennes.

OBSERVATION XVIII

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Hutinel par MM. Nobécourt et du Pasquier).

*1^{re} atteinte, angine diphtérique à bacilles longs.
2^e atteinte : angine à bacilles longs. Bénignité dans les 2 cas.*

1902, Première atteinte . R... Léontine, 3 ans, ayant été en contact avec un enfant atteint d'angine diphtérique, reçoit le 25 août, à titre préventif, 5 c. c. de sérum antidiphtérique. Elle n'en présente pas moins tous les signes d'une angine diphtérique typique et l'examen bactériologique décèle du bacille de Lœffler long ; elle guérit après injection de 60 c. c. de sérum. Une culture faite le 17 septembre montre que les Lœfflers ont disparu ; l'enfant sort guérie le 24 septembre.

1902, Deuxième atteinte ; le 5 octobre, Léontine présente à nouveau des fausses membranes dans la gorge, accusées surtout sur l'amygdale gauche sous forme d'une plaque de la dimension d'une pièce de

50 centimes. L'amygdale droite est recouverte d'une fausse membrane moins étendue et moins épaisse.

La palpation fait sentir de petits ganglions à l'angle de la mâchoire surtout du côté gauche.

L'état général est peu atteint, le facies est bon, la température montée à 40° au début tombe bientôt à 38° 5 et oscille ensuite autour de 38°. On voit débiter une légère éruption ortiée avec petits placards rouges, marquée surtout aux membres inférieurs. La culture de la gorge montre la présence de bacilles diphtériques longs. Le professeur Hutinel prescrit une injection de 20 c. c. de sérum de Roux, des lavages de gorge etc.

7 octobre. La gorge est un peu détergée, l'éruption persiste elle a même augmenté ; on injecte encore 10 c. c. de sérum.

8 octobre. L'amygdale gauche présente encore quelques fausses membranes opalines, et peu épaisses. L'éruption s'est étendue à tout le corps et à la face. Elle a l'aspect polymorphe et présente avec des éléments ortiés prurigineux, de grands placards scarlatiniformes.

9 octobre. La gorge est presque complètement détergée, l'éruption diminue.

10 octobre. Plus trace d'éruption. Etat général stationnaire, T. = 38°.

11 octobre. La gorge est détergée, la température baisse, l'état général est meilleur.

13 octobre. L'éruption reparait très marquée aux membres inférieurs, mais disparaît le lendemain.

20 octobre. La malade est complètement guérie. Cependant lesensemencements de la gorge donnent encore du Lœffler court.

OBSERVATION XIX

(Louis Raulin de Bordeaux).

Fillette de 31 mois qui depuis sa naissance a eu plusieurs bronchites ou broncho-pneumonies.

Vers le 26 février elle se plaint de la gorge, tousses rauque, présente sur les amygdales des plaques blanches et un léger engorgement ganglionnaire. Le 28, après une très mauvaise nuit, injection de 20 c.c. de sérum.

L'ensemencement pratiqué à cette date révèle une diphtérie à bacilles longs. Les jours suivants nouvelles injections de 30 c.c. au total. Pas d'éruption sérique, guérison rapide.

Vers le 15 mars l'enfant part pour la campagne ne présentant qu'une légère paralysie du voile ; elle tousses encore pendant quelques jours. Elle revient dans son appartement de ville bien désinfecté, dans les premiers jours d'avril. Examinée à ce moment elle ne présente plus rien ni du côté de la gorge, ni du côté des bronches. Jamais, déclarait la famille, elle ne s'était si bien portée.

Récidive : Brusquement le 23 avril, l'enfant qui avait passé une bonne nuit se plaint du côté droit du cou : elle présente bientôt une forte fièvre, de l'abattement et de l'oppression. Dans la région cervicale droite, existe une tuméfaction du volume d'un gros œuf de poule. Amygdales gonflées, mais sans fausses membranes ni points blancs. Injection de sérum de 20 c.c. Ensemencement. Le lendemain le microscope indique : bacilles longs associés à streptocoques et microscopiques.

Cependant, la tuméfaction ganglionnaire avait augmenté bien que les amygdales fussent restées indemnes de fausses membranes ; la nuit avait été mauvaise, si-

gnalée par des accès de fièvre violente et de suffocation ; l'état général s'était aggravé. Il s'agissait, dans cette seconde atteinte d'une diphtérie hypertoxique qui mit pendant plusieurs jours la malade dans un état des plus alarmants. Aussi, fis-je à cette enfant de 31 mois une injection de 30 c.c. de sérum antidiphtérique pendant 3 jours consécutifs. Total de sérum injecté : environ 150 c.c.

Au bout de 8 jours, guérison et départ pour la campagne : plus de trace de bronchite, plus d'engorgement ganglionnaire. Revue le 25 mai, l'enfant jouit encore d'une santé parfaite.

OBSERVATIONS XX à XXVI

(D^r Concetti, de Rome, 1903.)

a) Enfant de 3 ans atteint d'angine diphtérique. Examen bactériologique positif. — Guérison rapide après injection de 3000 unités (15 c. c.) de sérum antidiphtérique.

Au bout de 8 mois, l'enfant est atteint de croup bénin à évolution lente. Au 2^e jour de la maladie l'examen bactériologique ayant été positif, on injecte 3.000 unités. Amélioration mais persistance des phénomènes de laryngite. Au 18^e jour, accès grave de sténose laryngée, trachéotomie avec émission d'une fausse membrane très volumineuse.

b) Fille de 2 ans entrée à la clinique le 27 décembre 1901. Diphtérie laryngée grave avec rougeur de la gorge mais pas de fausses membranes. Injection de 7.000 unités de serum. Tubée 4 fois, gardant le tube respectivement 140, 96, 23 et 108 heures. Sort guérie au bout de 23 jours.

Le 15 mai suivant, c'est-à dire 4 mois après, l'enfant est ramenée avec rougeur de la gorge, points d'exsudat blanc sur les amygdales et fausses membranes recouvrant l'épiglotte. — Etat général bon. Injection de 3.000 unités. Arrêt rapide du processus diphtérique. Guérison au bout de 12 jours. Aux deux atteintes l'examen bactériologique avait été positif.

c) Fille de 5 ans, soignée en février 1901 à la clinique, pour croup d'intensité moyenne qui guérit après injection de 4.000 unités. Séjour : 14 jours.

Le 19 avril 1902, 14 mois plus tard par conséquent, angine diphtérique avec pseudo-membranes sur les amygdales. Quelques phénomènes de sténose laryngée, toux aboyante, rougeur de la gorge, engorgement ganglionnaire léger. Injection de 2.000 unités suivie 7 jours après d'une éruption d'urticaire avec 37° 6 de température. Séjour : 9 jours.

Les deux fois, les cultures avaient donné du Lœffler presque pur.

d) Enfant de 5 ans, pendant une convalescence de rougeole, est pris, fin de 1900, de symptômes graves de sténose laryngée pour lesquels il est admis.

Injection de 5000 unités, renvoyé guéri 3 semaines plus tard. — Attaque confirmée par l'examen bactériologique.

Le 12 février 1902, il revient avec angine diphtérique : il existe une nécrose bilatérale des amygdales. L'examen bactériologique est négatif pour le Lœffler, mais les jours suivants, le processus pseudo-membraneux s'étend à l'épiglotte et à tout le pharynx et les examens bactériologiques répétés faits à ce moment

confirment la nature diphtérique de l'infection. Injection de 6000 unités. Guérison en 14 jours.

e) Fille de 9 ans ; entre le 26 novembre 1901 pour angine diphtérique ; exsudat pseudo-membraneux revêtant les amygdales, les piliers antérieurs, du voile du palais et la luette. Légère réaction ganglionnaire ; température = 37°8. Injection 2000 unités ; guérison 11 jours après.

Les commémoratifs apprirent que 3 ans auparavant, l'enfant avait été atteinte d'angine diphtérique à forme beaucoup plus grave, avec abattement, anorexie, engorgement ganglionnaire, etc. L'examen bactériologique avait été positif, l'enfant avait reçu deux injections de sérum.

f) Enfant de 15 mois, entré le 21 octobre 1902 pour croup grave ; 4000 unités de sérum sont injectées. Le lendemain les phénomènes sténosants sont aggravés. Broncho-pneumonie surajoutée ; température s'élève de 37°5 à 39°5. — Tubage. Injection nouvelle de 2000 unités. Enveloppements thoraciques froids, inhalations d'oxygène, injections excitantes, etc.

Détubage au bout de 48 heures ; guérison le 2 novembre.

Le 10 février 1893, fièvre et otite purulente, le 27 de ce même mois, rhinite avec écoulement muqueux puis raucité de la voix, quintes de toux aboyante. Peu après, sténose laryngée, avec tirage croissant pour lequel le 3 mars, le malade entre de nouveau à la clinique. Etat grave, gorge rouge, amygdale droite et côté droit de la luette recouverts de fausses membranes grisâtres, urines très albumineuses, avec leucocytes abondants et cellules rénales : pouls petit, rapide, cyanose, polypnée. La température passe de 36°5 à 40°9

du matin au soir. Injection de 4000 unités de sérum à l'arrivée, tubage deux heures plus tard. On a recours ensuite aux injections de strychnine, spartéine, huile camphrée, au séjour dans la chambre à vapeurs, à l'enveloppement froid aux inhalations d'oxygène.

Le lendemain la température oscille de 38° à 41°1 ; l'albuminurie est plus marquée ; la bronchite et la polypnée plus intenses ;

Le 5, amélioration notable, détubage pendant 48 heures.

Le 7, éruption urticarienne.

Le 13 retour de la température à la normale, disparition de l'albumine. Guérison.

OBSERVATION XXVII

Récidive au bout de 3 ans : angine associée bénigne.

Première atteinte : 1901. B .. Judith 5 ans 1/2. Séjour d'une semaine, il y a trois ans, à l'hôpital Trousseau pour diphtérie.

Récidive : Entre le 2 février 1904, à l'Hôpital Hérold, au 6^e jour de sa maladie. L'examen de la gorge décèle la présence de fausses membranes blanches, épaisses, assez adhérentes, recouvrant les 2/3 inférieurs de l'amygdale gauche. La muqueuse est légèrement tuméfiée. L'haleine est fétide. La toux et la voix sont claires ; on ne note pas de tirage. Il existe une adénopathie gauche récente. L'état général est bon, le pouls régulier. T : 38°8.

Injection de sérum de 20 c. c.

Ensemencement : Loeffler, streptocoques.

5 février. Les fausses membranes sont moins étendues, l'adénite est moindre.

6 février. Les fausses membranes persistent mais la température n'est plus que de 37°.

11 février. Depuis le 6, la température s'est maintenue à 37°, mais la chute de l'exsudat membraneux n'est complète qu'à cette date du 11.

Elle sort le 21 février complètement remise.

OBSERVATION XXVIII

1^{re} atteinte : *angine associée bénigne herpétiforme* ; —
2^e atteinte : *angine associée de moyenne intensité avec croup, tirage léger, tubages, rejet de fausses membranes.* — *Forme prolongée ; 9 tubages en 18 jours.*

Première atteinte : 1902. — W... Germain, 3 ans. Entre le 9 juin, malade depuis 3 jours. Une injection préventive de 5 cc. de sérum avait été faite dès le début des accidents.

Les fausses membranes sont peu nettes, punctiformes mais multiples, siégeant sur les amygdales hypertrophiées et rappelant des vésicules d'herpès. Muqueuse rouge. Pas d'herpès nasal. Pas de troubles laryngés.

Rythme cardiaque régulier ; quelques râles sous-crépitaux dans l'aisselle gauche.

Urines normales. — T. : 38. Pouls : 110 mais bien frappé. Injection de 20 cc. de sérum.

L'examen de l'ensemencement donne : loefflers moyens et longs, streptocoques abondants, colibacilles.

12 juin. Le malade est mieux, les fausses membranes ont disparu. T. : 37°2. P. : 100.

13 juin. Eruption sérique sur le tronc et les membres. Otite droite.

13. Sur la demande des parents, l'enfant quitte le service bien que l'éruption sérique ne soit pas entièrement partie.

Récidive. — 28 décembre 1902. La maladie date de 4 jours. L'examen de la gorge montre sur les amygdales des fausses membranes disposées en placards isolés. Un peu d'inflammation de la muqueuse. Secrétions peu abondantes. Pas de jetage nasal, pas d'adénopathie sous-maxillaire. Tirage. Auscultation du poumon, négative ; rythme du cœur normal ; rien dans les urines.

Mauvais état général : abattement, pâleur de la face. T. : 39°4. P. : 120.

Injection de 20 cc. et tubage dès l'entrée. On détube 2 fois dans les 24 heures pour obstruction de la canule. Rejet spontané de la canule avec expectoration d'une fausse membrane épaisse, moulée, de 0^m025 environ d'étendue.

Examen bactériologique : loefflers longs et streptocoques.

31 décembre. Etat général bon, amygdales encore grosses et rouges mais sans fausses membranes. Détubage bientôt suivi du rejet de débris pseudo-membraneux. Injection nouvelle de 20 c. c.

1^{er} janvier. On note de nouveau du tirage qui nécessite le tubage. Autre tubage, le malade ayant rejeté spontanément son tube. T. 38°4. P. 125.

3 janvier. Respiration plus facile : détubage. Dans le courant de la journée, tirage et tubage suivi du rejet de fausses membranes.

5 janvier. Détubage.

6 janvier. Violent tirage : tubage ; des fausses-membranes très épaisses sont rendues. Injection de sérum de 20 c. c.

9 janvier. Détubage, mais l'enfant continuant à tirer on le retube.

11 et 12 janvier. Mêmes essais infructueux de détubage. T. 39°2. P. 130.

13 janvier. Détubage avec rejet de fausse membrane. T. 37°4, P. 103.

17 janvier. Respiration libre, état général bien meilleur, toux légère : râles de bronchite disséminés dans les 2 poumons. T. 37°6. P. 110.

20 juin. Otite double. — Pouls encore un peu rapide mais température normale. Sortie le 22 janvier.

OBSERVATION XXIX

*Récidive au bout de deux mois. Angine et croup ; l'eff-
flers presque purs. Forme grave et prolongée ; tirage,
tubage, rejet de fausses membranes, phénomènes d'in-
toxication.*

Première atteinte 1902. P... Emile 3 ans. Rougeole à 6 mois. — Soigné 2 mois auparavant à l'hôpital Trousseau pour diphtérie : on avait pratiqué le tubage et injecté du sérum de Roux.

Récidive 1902. — Entre le 24 avril à 10 heures du soir. Souffre seulement depuis la veille. La muqueuse pharyngée est rouge, tuméfiée, les amygdales sont recouvertes d'un mince placard membraneux grisâtre. Les sécrétions sont abondantes et muco-purulentes. Pas de jetage nasal. Légère adénopathie. Voix voilée, toux rauque.

Les phénomènes d'intoxication sont frappants : le visage est pâle, défait, l'abattement est grand.

Les bruits du cœur sont réguliers mais le pouls est rapide : 124. T : 37°4.

Injection de 30 c.c. Examen bactériologique : Loeffler moyen et long presque pur.

25 avril. Fausses membranes moins étendues, mais persistance des troubles laryngés qui se sont même aggravés de tirage. On doit tuber le malade. T : 38. P : 120.

27. La respiration étant plus libre, on enlève le tube, mais le soir, le tirage réapparaît et nécessite le tubage. T : 39°4. P : 130.

29. La température est moins élevée et le pouls descendu à 120. Rejet de fausses membranes par le tube qu'on enlève alors. Une heure après : tirage et tubage. Deux heures plus tard, rejet du tube et des fausses membranes. Dans la soirée, tirage et tubage. Les fausses membranes pharyngées ont disparu.

30. Eruption sérique ortiée, très confluyente sur la face, le tronc et les membres inférieurs.

1^{er} mai. Détubage avec rendement de fausses membranes. La respiration reste libre ; l'état général s'améliore rapidement, la température descend peu à peu à la normale, le pouls restant pendant quelque temps encore à 115. Exit le 11 mai.

OBSERVATION XXX

Première atteinte: croup, guérison rapide. — 2^e atteinte 8 mois et demi plus tard, croup grave et angine associés, forme prolongée, tirage, phénomènes de collapsus et de syncope, Broncho-pneumonie.

Première atteinte 1902. G. Aurélien, 13 mois, malade depuis 8 jours. Entre le 19 septembre. La voix est

rauque, voilée, la muqueuse pharyngée est rouge, tuméfiée ; les amygdales sont hypertrophiées. Pas de fausses membranes dans la gorge, ni jetage nasal, ni sécrétions pharyngées. Auscultation : rien au poumon, rythme du cœur normal.

L'enfant présente des phénomènes nerveux, l'agitation est surtout marquée la nuit.

T : 38° 8. Pouls : 140, régulier.

L'examen bactériologique fait après ensemencement est positif. Une injection de sérum de Roux de 20 c.c. a été faite à l'arrivée.

Quelques jours plus tard le petit malade sort guéri. Cependant il présente une otite double depuis 3 jours.

Récidive 1903. Le 8 juin les parents ramènent leur enfant malade depuis la veille seulement. Il présente de la raucité de la voix avec toux aboyante ; tirage léger.

La muqueuse pharyngée et amygdalienne est très rouge et tuméfiée. Sécrétions muco-purulentes abondantes. A l'auscultation on note des râles de bronchite dans les deux poumons.

Le pouls est rapide, petit, irrégulier ; le thermomètre marque 38° 4.

L'enfant reçoit à l'arrivée 20 c.c. de sérum ; il avait déjà eu une injection de 20 c.c. en ville.

Un 1^{er} examen bactériologique est négatif : il y a d'abondants streptocoques mais pas de Lœffler.

9 Juin. Ce jour, il apparaît des fausses membranes : deux plaques blanchâtres sur la luette et les amygdales : celle de droite recouvre toute la surface de l'amygdale.

L'état général reste peu touché. Un 2^e examen est négatif au point de vue Loeffler.

10 et 11 juin. Les fausses membranes persistent mais la muqueuse est moins rouge. L'ensemencement fait la veille donne du Loeffler avec streptocoques et des staphylocoques en abondance.

12 juin. Disparition des fausses membranes. L'état général est bon, l'enfant tousse moins, la voix est plus claire.

13 juin. La gorge reste rouge, l'expectoration mucopurulente est toujours abondante. Poussée subaiguë d'otite double sur otite ancienne datant de la première atteinte. Voix et toux éraillées.

La température s'est élevée à 39° et le pouls est à 135.

L'auscultation indique une bronchite généralisée très forte.

15 juin. Vers midi apparition d'une éruption sérique avec phénomènes de collapsus et de syncope : elle disparaît le soir. Mais à ce moment le malade est cyanosé, les extrémités se refroidissent, il a des vomissements répétés. Injection nouvelle de 20 cc. avec injection de caféine.

16 juin. Grosse toux rauque et aboyante : sécrétion mucopurulente abondante de la gorge. Léger exsudat grisâtre sur l'amygdale droite. Foyer de broncho-pneumonie au niveau de la région sous-claviculaire gauche. Souffle et râles sous-crépitaants fins. T. : 40 ; P. : 170.

17 juin. Battements cardiaques rapides et désordonnés, tendance au rythme fortal. Irrégularités : quelques intermittences. L'oppression est extrême ; les mouvements respiratoires sont à 36° par minute ; battement des ailes du nez ; toux grasse et rauque. En avant les signes physiques restent les mêmes. En arrière, gros souffle tubaire s'entendant au niveau des régions moyennes et inférieures du poumon gauche.

Etat général des plus graves : somnolence, teint terreux ; fendillement et sécheresse des lèvres. P. : 160.

Survient une nouvelle éruption sur l'abdomen procédant par placards érythémateux, surélevés, urticariens.

Induration au niveau de la piqure d'injection avec rougeur, chaleur et douleur.

18 juin. Disparition de l'éruption ; amélioration presque inespérée.

20 juin. L'induration phlegmoneuse du flanc gauche diminue d'étendue ; l'oppression est moindre, l'état général bien meilleur ; P. : 120 ; T. : 37°8.

24 et 25 juin. L'induration qui les jours précédents s'était étendue en arrière est fluctuante : incision, écoulement de 100 grammes de pus environ qui examiné donne des streptocoques.

26 juin. Nouvel abcès de la grosseur d'une noix à la partie externe du mollet gauche. Incision. T. : 37 ; P. : 90.

La convalescence est rapide et se fait sans accidents nouveaux.

OBSERVATION XXXI

Première atteinte : angine bénigne pure. — 2^e atteinte : angine bénigne associée. Guérison rapide.

Première atteinte 1902. P... Paul, 6 ans. Entre le 28 mai. Le début de la maladie remonte à trois jours.

29 mai. Il existe sur l'amygdale gauche un placard pseudo-membraneux peu étendu ; celle-ci est hypertrophiée. Adénopathie récente : on sent de petits ganglions rouler sous le doigt.

La voix est claire mais la toux rauque. Il y a de la sécheresse de la gorge et de la langue. Pas de sécrétions pharyngées, pas de fétidité de l'haleine.

L'état général est bon, on ne remarque aucun phénomène d'intoxication.

Le rythme du cœur est normal, le pouls fort et bien frappé, mais un peu rapide : 120 ; l'auscultation pulmonaire ne montre rien. T. : 37°8. Injection de 30 cc. de sérum. Ensemencement : Loeffler moyen et long.

30 et 31 mai. Pas de modifications si ce n'est pour le pouls qui est le 30 mai descendu à 100.

2 juin. Les fausses membranes sont tombées mais on remarque des traces hémorrhagiques sur le voile du palais. La température est normale, le pouls toujours à 100 et bien frappé.

4 juin. Persistance des points hémorrhagiques. Sur l'amygdale gauche il s'est formé à la place occupée par les fausses membranes disparues, un point pultacé assez volumineux ne se détachant pas. Ce semble être un enduit occupant une crypte amygdalienne ; l'examen bactériologique ne montre que des streptocoques purs.

10 juin. Persistance de cet exsudat ; les traces d'hémorrhagie ont disparu.

14 juin. Disparition de l'enduit pultacé. P. : 90, température normale.

L'enfant sort le 19 complètement guéri.

Récidive : 1902. Retour le 4 décembre 1902, venant du service des douteux.

Sur les deux amygdales, petits placards pseudo-membraneux. Muqueuse peu enflammée ; pas de sécrétions, pas d'adénopathie. Pas de jetage nasal. Absence de phénomènes laryngés. Pas d'infection pulmonaire.

Pouls régulier, rythme du cœur normal. Rien dans les urines. T. : 38°4 ; P. : 110. Bon état général. Injection de 10 cc. de sérum.

Examen bactériologique : Loeffler moyen et long, quelques streptocoques.

5 décembre. Persistance des signes locaux.

6 décembre. Les fausses membranes sont moins étendues, la température est moins élevée : 37°4 ; le pouls se maintient au-dessus de 100.

7 décembre. Encore quelques points pseudo-membraneux. Apparition d'une éruption sérique scarlatini-forme s'accompagnant d'une élévation de température à 38°4. P. : 115.

9 décembre. Plus de fausses membranes. T. 37° ; P. : 90. Le mieux se continue dans la suite ; rétablissement complet et exeat le 18 décembre.

OBSERVATION XXXII

Première atteinte : angine et croup bacilles de Lœffler purs ; intensité moyenne, tirage léger ; scarlatine.

2^e atteinte : angine pure avec phénomènes généraux graves ; rougeole.

Première atteinte : 1903. M... Henri 6 ans, entre le 5 octobre ; malade depuis deux jours. Mal de gorge, diarrhée, insomnie, agitation.

Avant l'entrée, plusieurs crises de dyspnée, encore un tirage léger ; voix voilée.

Muqueuse rouge, tuméfiée, amygdales recouvertes de faussés membranes grisâtres, épaisses adhérentes. Adénopathie bilatérale récente, jetage nasal séreux et abondant.

Etat général cependant assez bon, pouls rapide mais régulier et bien frappé. T : 38°9.

Injection de sérum : 30 cc.

Un premier ensemencement donne un résultat négatif.

6 octobre. Les fausses membranes n'existent plus sur la moitié inférieure des amygdales, la gorge est moins rouge. T. : 39°3; P. : 140.

Un second ensemencement est positif : Loeffler court et moyen.

7 octobre. Encore des fausses membranes à droite, à gauche léger exsudat. Dans la journée apparaît une éruption scarlatiniforme généralisée. T. : 40°; P. : 145.

8 octobre. Encore un léger enduit opalescent à droite. La langue est dépouillée, la température se maintient élevée. Le diagnostic de scarlatine se confirme.

9 octobre. Plus trace de fausse membrane.

11 octobre. La température et le pouls respectivement descendus à 38° et à 100, remontent à 39°4 et à 120. Le malade présente en effet un phlegmon profond de la paume de la main gauche gonflée dans sa totalité et extrêmement douloureuse. Pas de ganglions axillaires.

13 octobre. La tuméfaction de la main est plus considérable, mais on ne sent pas de fluctuation.

14 octobre. Desquamation des téguments.

16 octobre. Abcès au niveau du point d'injection. Incision : pus fétide.

20. Ouverture large du phlegmon de la main. Chute rapide du pouls et de la température qui présentent encore pendant un certain temps quelques oscillations par suite de rétentions passagères de pus.

7 décembre. L'enfant est complètement remis ; la

plaie est refermée, le facies est bon, les forces sont revenues.

Récidive : 18 décembre 1903. L'enfant est ramené : tristesse, abattement, facies plombé, vomissements, diarrhée. Pas d'adénopathie. Voile opalescent sur les deux amygdales. T : 38°8. Injection de 30 cc. de sérum.

Ensemencement. Le lendemain, l'examen microscopique est positif :

19. L'exsudat recouvrant les amygdales est plus léger que la veille.

Les phénomènes généraux contrastent avec le peu d'intensité des phénomènes locaux. T : 39°4 ; P : 150.

20. Les fausses membranes n'existent plus, mais il est apparu une éruption rubéolique qui, débutant par la face, gagne rapidement le tronc. L'enfant est isolé. T : 39° 4.

25. L'éruption rubéolique n'est plus, l'état général est meilleur, le thermomètre marque 37°.

4 janvier. L'état général est excellent, seules la pâleur de la face et une toux légère persistent. La gaieté est revenue, l'appétit est bon.

OBSERVATION XXXIII

Récidive au bout d'un an ; rhinite avec jetages sérieux, angine associée grave : phénomènes d'infection et d'intoxication ; broncho-pneumonie. — Mort deux jours après l'entrée.

Première atteinte : 1903. L... Yvonne 2 ans 1/2 fut soignée il y a un an à l'hôpital d'Aubervilliers pour diphtérie.

Récidive : 1904. Entre à Hérold le 12 janvier, la maladie datant de 3 jours. Examen : fausses membranes épaisses, abondantes, adhérentes siégeant des deux côtés sur les piliers du voile du palais comme sur les amygdales qui sont hypertrophiées : rougeur et tuméfaction de la muqueuse, fétidité de l'haleine, absence de sécrétion, jetage nasal séreux assez abondant, légère tuméfaction ganglionnaire gauche. Aucun phénomène laryngé.

Les phénomènes généraux sont graves : l'enfant est très abattue, le visage est triste, on l'examine, lève, porte, sans qu'elle présente la moindre réaction, la tête tombe sur les épaules. La température est élevée : 39° ; le pouls bien que normal en qualité, est très rapide : 150.

Injection de 20 c.c. de sérum antidiphtérique.

Ensemencement : Lœfflers courts, moyens et longs avec streptocoques en abondance.

14 janvier : Les phénomènes d'infection et d'intoxication sont plus marqués, l'abattement est extrême ; le pouls est encore régulier mais des plus rapides : 186, T. : 40° 6. L'auscultation permet de décélérer un foyer de broncho-pneumonie : souffles et râles fins au niveau du 1/3 inférieur et au sommet du poumon gauche.

Examen local : les fausses membranes sont un peu moins abondantes et étendues, l'adénite persiste. L'état général s'est encore aggravé. La malade meurt dans la soirée.

Autopsie : Elle montre un foyer de broncho-pneumonie au sommet gauche et une congestion intense de la base du même côté ; le poumon droit est normal.

Il existe un caillot blanc, de moyen volume, non adhérent dans l'infundibulum de l'artère pulmonaire.

OBSERVATION XXXIV

Première atteinte : angine pure grave et prolongée, sécrétions purulentes mais non fétides au 16^e jour broncho-pneumonie. — 2^e atteinte : angine bénigne pure, guérison rapide.

Première atteinte : 1903. P... André, 4 ans 1/2. Entre le 4 novembre, malade depuis 3 jours. Phénomènes locaux (5^e jour) : fausses membranes épaisses, abondantes mais se détachant assez facilement. Elles occupent les deux amygdales, la luette et le fond de la gorge. La muqueuse est congestionnée mais saigne peu. Les sécrétions abondantes, sont constituées par des muco-pus : elles n'ont pas d'odeur. A gauche, adénopathie récente de la grosseur d'une moitié d'œuf. Le larynx est normal.

Phénomènes généraux : abattement, facies légèrement plombé. T : 39° 1 ; P : 130. Pas d'albumine.

Examen bactériologique : bacilles de Loeffler moyens et longs purs. — Injection de 20 cc. de sérum.

6^e jour : aucune amélioration. T. : 39° 2 ; P. : 140. — Injection nouvelle de 20 cc.

7^e jour : inflammation de la muqueuse moindre, fausses membranes moins adhérentes ; état général meilleur. T. : 37° 4 ; P. : 115.

8^e et 9^e jours : la situation est très améliorée ; l'enfant est moins triste, moins abattu ; la température oscille autour de 37° 4, le pouls n'est plus qu'à 100, il est en outre mieux frappé.

10^e jour : la gorge est nettoyée, les phénomènes locaux de voisinage n'existent plus. L'état général est bon, l'enfant est plus gai, il commence à jouer ; le pouls est à 95, il est régulier et bien frappé.

16^e jour : il se produit une brusque ascension de température à 39° 4 ; le pouls atteint 135 ; l'examen du malade n'explique pas ces nouveaux phénomènes.

Deux vomissements bilieux dans la journée. Le facies reste bon, la langue humide.

17^e jour : persistance de l'hyperthermie. Un nouvel examen révèle l'existence de : submatité avec souffle et crépitants fins au niveau de la pointe de l'omoplate gauche.

19^e jour : les râles sont moins nombreux, le souffle est plus lointain. L'enfant présente des symptômes de paralysie du voile du palais : nasonnement, gêne de la déglutition. Injection nouvelle de 20 cc. de sérum de Roux.

Il sort le lendemain 20 novembre sur le désir exprès des parents.

Récidive 1904 : Il revient dans le service le 26 février, au deuxième jour de sa maladie.

Sur les deux amygdales ainsi que sur le pilier postérieur gauche du voile du palais, fausses membranes blanches, assez épaisses, adhérentes : pas d'inflammation de la muqueuse, sécrétions nulles. Hypertrophie amygdalienne gauche très marquée avec adénopathie unilatérale correspondante. Aucun trouble laryngé, toux et voix normales. L'état général est bon, le pouls régulier mais fréquent.

Injection de 20 c. c. de sérum antidiphtérique.

Examen bactériologique après ensemencement : Bactéries de Loeffler moyens et longs.

28 février. Les fausses membranes ont disparu, la température est revenue à la normale. Le pouls est régulier et bien frappé quoique marquant encore 110.

29 février. Les parents emmènent leur enfant malgré les conseils donnés.

OBSERVATION XXXV

Première atteinte : angine bénigne pure. — Guérison en 3 jours, broncho-pneumonie consécutive. — 2^e atteinte (25 jours après) : angine et croup graves dyspnée, tirage, tubage, rejet de fausses membranes accidents cardiaques.

1^{er} septembre 1903. P... Marguerite, 2 ans. Malade depuis 4 jours.

Fausses membranes sanieuses tapissant toute l'arrière-gorge et les amygdales. Voix non voilée. Jetage nasal abondant et séreux. Etat général assez bon. Pouls régulier mais très rapide 145. T : 39°, 6.

Urines très albumineuses.

Examen : deuxensemencements successifs donnent des bacilles courts. Injection de 30 c. c. de sérum de Roux.

2 septembre. Même état général. Diminution dans l'étendue des fausses membranes, mais adénopathie bilatérale volumineuse.

3 septembre. Disparition totale des fausses membranes.

Les jours suivants l'état général s'améliore, la température moins élevée oscille autour de 38°. Mais le 12 septembre l'enfant est abattue, elle a le facies plombé, de l'élévation de la température et de l'obscurité respiratoire au sommet droit. Le lendemain l'auscultation fait constater des râles fins à ce sommet avec un souffle expiratoire en I et quelques râles à gauche. Le pouls est accéléré, à 150. — T : 38°6.

16 septembre. Les symptômes généraux et les signes physiques ont disparu.

19 au 24 septembre. La situation est excellente ; la température est normale le pouls n'est plus accéléré, il est bien frappé, l'état général est très bon. On compte renvoyer l'enfant.

Récidive. 25 septembre. La toux est rauque, la voix légèrement voilée, la température est à 38°5, le pouls à 130. Ces phénomènes s'accroissent rapidement ; à deux heures de l'après-midi, l'enfant a du tirage xiphoïdien mais pas de cyanose. Injection de 40 c. c. de sérum.

La dyspnée augmente, à 8 heures on pratique le tubage bientôt suivi du rejet de fausses membranes. Entre temps, quelques petites fausses membranes ont fait leur apparition sur les amygdales. Deux heures après l'injection se fait une éruption sérique.

26 septembre. Les fausses membranes occupent toute la partie inférieure de l'amygdale droite. T. 39° ; P. : 162.

Examen bactériologique : bacilles longs et streptocoques. Induration au niveau du point d'injection.

27 septembre. Injection nouvelle de 20 c.c. de sérum. De plus, l'enfant présentant un peu de faiblesse cardiaque on fait une injection de sulfate de strychnine. T. : 39° ; P. : 170.

La respiration devenant plus facile, on pratique le détubage accompagné du rejet de fausses membranes.

28 septembre. Les amygdales sont nettoyées, mais tirage léger.

Dans la journée, élévation de température, pouls toujours entre 160 et 170, petit, irrégulier. L'auscultation cardiaque décelé l'existence d'un rythme embryocardique ; celle du poumon, une diminution du murmure vésiculaire au sommet droit.

Nouvelle injection de strychnine.

Du 28 septembre au 3 octobre, amélioration, chute de la température à 37° et du pouls à 120.

6 octobre. — Brusque élévation de la température à 40°, pouls incomptable. Volumineux abcès de la paroi abdominale au niveau d'un des points d'injection. Incision : chute rapide de la température vers la normale et du pouls à 130.

L'enfant sort avant la guérison complète de l'abcès mais il revient aux pansements et ne tarde pas à être complètement rétabli.

DE LA PROLONGATION DANS LES RÉCIDIVES DE LA DIPHTÉRIE

En 1813, Royer-Collard disait en substance : « on est d'abord tenté d'attribuer ces récidives au renouvellement des causes extérieures qui avaient paru déterminer une première fois la maladie, mais quand on examine avec attention les exemples cités, on en prend une opinion différente : le frère de l'enfant chez qui M. Jurine a observé 7 croups, n'a lui, jamais été atteint, bien que soumis aux mêmes influences et bien qu'il n'y ait eu entre eux qu'un an de différence d'âge. Il faut donc qu'il existe chez les enfants qui éprouvent des récidives de croup, une prédisposition spéciale à contracter cette maladie qu'un concours particulier de circonstances peut développer, tandis que ces mêmes circonstances sont sans effet sur les individus où cette disposition n'existe pas ».

C'est à cette même conclusion que nous a amené l'examen des différentes observations que nous avons publiées. Nous avons pu remarquer en effet que les récidives de la diphtérie prenaient souvent la forme prolongée : 7 formes prolongées sur 28 cas de récidive.

Cette constatation jointe au fait de la récidive lui-même, montre peut-être qu'à côté de la persistance

du bacille il y a chez les sujets atteints une prédisposition spéciale à subir les effets de ce bacille. Il semble qu'ils manquent des ressources nécessaires pour triompher des poisons diphtériques, qu'il y a défaut dans leur organisme de cet ensemble de réactions qui concourent à l'établissement de l'immunité. Il est des cas où cette insuffisance est typique : ce sont ceux où les récidives se comptent par plusieurs, comme dans celui de Golay (obs. xiv) qui note 4 récidives en 1 an et celui de Legendre et Pochon, où l'on voit qu'un enfant, en moins de 3 ans eut trois récidives : une sous-forme d'angine, une sous-forme de stomatite avec rhinite pseudo-membraneuse, la dernière sous forme de rhinite avec angine. L'examen bactériologique pratiqué 13 fois en 15 mois, révéla l'existence du bacille de Lœffler tantôt virulent, tantôt dépourvu de virulence. Les lavages des cavités nasales et pharyngiennes le faisaient momentanément disparaître ou du moins le réduisaient à de rares spécimens, mais dès qu'on suspendait ces irrigations pendant quelque temps, les cultures devenaient positives.

Il y a en somme peut-être moins de résistance de la part du bacille, qu'insuffisance de réaction de l'organisme en sa présence. Et sans doute y a-t-il là une indication thérapeutique : donner dans ces récidives des doses de sérum plus fortes pour aider l'organisme défaillant et contribuer à l'immunisation de ce corps incapable de se la procurer par ses seules ressources. Nous disons doses fortes, car souvent les doses classiques ont pu être suffisantes pour déterminer la

chute momentanée des membranes, mais insuffisantes pour empêcher leur repullulation. Les résultats obtenus dans des cas graves par ce traitement intensif tendent d'ailleurs à confirmer cette opinion.

MOMENT, FRÉQUENCE, LOCALISATION GRAVITÉ DE LA RÉCIDIVE.

Certaines questions ont été soulevées au sujet de la récidive de la diphtérie : celles qui ont trait à la fréquence, à la localisation, à la gravité de la récidive et au moment à partir duquel on doit admettre que cette récidive existe. Nous ne saurions nous-même passer ces questions sous silence.

Le fait de fixer le moment où l'on peut dire qu'il y a bien récidive et non point rechute est quelque peu délicat. Il y a en effet des cas intermédiaires qu'on ne saurait, du moins à cette heure, classer ni dans le groupe des prolongations ni dans celui des récidives. Cependant quand il y a rechutes, les repullulations pseudo-membraneuses se font du premier au cinquième jour, quelquefois au septième et très rarement au treizième et quand il y a prolongation simple, sans alternatives de disparition et de réapparition de fausses membranes, on ne note jamais de convalescence franche : le malade reste dans un état de faiblesse et d'anémie relative qui s'accuse par la pâleur de la face, la lassitude, l'essoufflement, il éprouve des douleurs musculaires ou articulaires, etc. De sorte que, lorsque

d'une part 20 ou 25 jours se sont écoulés entre la chute des fausses membranes et leur retour et que d'autre part, cet intervalle n'a été marqué par aucun symptôme morbide on peut dire : « Il y a récidence ». Nous sommes ainsi bien loin de la date fixée par les auteurs comme celle en deçà de laquelle on ne peut faire le diagnostic de récidence. C'est ainsi qu'Aubinière (thèse de Paris, 1903), Concetti et d'autres considèrent que d'une façon générale il doit exister entre les 2 atteintes un intervalle de 2 ans qui, dans des cas rares, peut se réduire à quelques mois. Mais cette différence s'explique : ces auteurs en effet tiennent compte de la persistance du bacille — qu'il soit ou non virulent — pendant la convalescence et, même quand celle-ci est franche et prolongée, ils considèrent les poussées nouvelles comme des pseudo-récidives.

Est-il d'autre part un âge au delà duquel on est à l'abri de ces récides ? nullement. Les cas de récidence après 8 et 10 ans ne sont pas rares : Gillette est mort d'une récidence survenue au bout de 30 ans ; M. le Dr Barbier a été frappé une seconde fois 36 ou 38 ans après sa première atteinte. Tout ce qu'on peut avancer, c'est que les récides surviennent plus fréquemment dans les premières années qui suivent l'attaque première.

Cette fréquence varie suivant les statistiques. Pour certains elle est de 0,50 à 1 %, pour d'autres de 2 à 5 %. Concetti en 1903, dit que sur 600 cas il relève 6 récides soit 1 0/0. Mais ce relevé est un peu faible, car il y faut ajouter 5 cas qu'il n'ose pas appeler récidence parce

que l'intervalle des 2 atteintes n'a été que d'un mois en moyenne : nous avons lu les observations qui s'y rapportent et nous croyons qu'il s'agit bien de récidives. En sorte que nous aurions 11 cas de récidives sur 600 diphtéries soit une moyenne de 1,84 0/0. Ce chiffre cadre à peu près avec le relevé donné par M. Barbier à la Société médicale des hôpitaux en mai 1904 et où sur 760 diphtéries, il note 9 récidives, soit une proportion de 1,33 environ.

La fréquence de ces récidives n'est pas égale à tout moment de la vie : elles sont plus nombreuses dans les deux ou trois premières années qui suivent l'attaque primitive, et surtout dans les premiers mois. Ce dernier point s'explique puisque le malade hospitalisé et convalescent se trouve, malgré toutes les précautions, dans une atmosphère ambiante infectée sans cesse par les entrées nouvelles et de ce fait exposé à de continuelles inoculations qui, pour se manifester sur son organisme déjà affaibli, n'ont qu'à attendre la faveur d'une infection secondaire ou la disparition de l'immunisation assez courte (4 semaines environ) conférée par le sérum, variable même avec les sérums, parfois encore inexistante par suite de conditions spéciales de l'organisme.

Il fut d'opinion courante que la localisation dans la récidive était la même que dans la première attaque. qu'elle choisissait toujours le terrain précédemment atteint. Certains par exemple, ont nié qu'une diphtérie à forme d'angine pût récidiver sous forme de croup. Peut-être dans les rechutes la chose est-elle possible

car la muqueuse encore lésée est un terrain tout préparé, mais elle est moins compréhensible dans les récidives éloignées où les mêmes raisons ne subsistent pas, où les tissus ont eu tout le temps de se réparer, c'est-à-dire ont retrouvé leur résistance normale. Concetti a fait des recherches à cet égard elles donnent :

Sur 23 récidives rapprochées : 22 fois la même localisation et 1 fois une localisation différente.

Sur 20 récidives survenues au delà d'un mois : 11 fois la même localisation et 9 fois une localisation différente.

Nous pensons avoir constaté que la première partie de ce relevé donne des proportions trop fortes quant à la même localisation et nous croyons en somme que la première atteinte peut être indifféremment croup et la seconde angine ou rhinite, ou la seconde croup la première étant angine ou, les deux angines ou croup.

On admettait encore récemment que la récidive était plus bénigne que l'attaque première, la récidive jouissant d'une part de l'immunité créée par l'atteinte précédente. Or, nous savons maintenant que cette immunité est très courte et très inégale. Les observations du reste se chargent de donner un démenti à cette opinion. Sur 26 récidives, Concetti relève 10 cas où la 2^e atteinte fut plus grave et 14 où elle fut plus légère que la première; dans les 2 autres il s'agissait d'une égale gravité. Pour notre part, nous trouvons sur 17 cas de récidive (où n'entrent pas les 11 observations de Concetti que nous avons rappelées) :

6 cas plus graves, 5 plus légers et 6 de gravité ou de bénignité égale.

Il est à remarquer que la fréquence des cas graves est plus grande à mesure qu'on se rapproche de l'atteinte primitive. C'est qu'en effet la récurrence rapprochée, qu'elle ait été ou non déterminée par elle, concorde souvent avec une infection secondaire (rougeole, broncho-pneumonie) et que l'organisme déjà affaibli par l'effort antérieur offre une résistance moindre à la nouvelle infection et à l'intoxication diphtérique.

PRONOSTIC. — TRAITEMENT

Le pronostic des récurrences est souvent bénin ainsi que l'ont constaté les auteurs. Cependant il est souvent aussi des plus sérieux puisque la petite statistique que nous avons relevée et qui porte sur 28 cas nous donne 11 cas graves soit : 7 récurrences prolongées et 4 morts. C'est dire que dans une moyenne très proche de 39 0/0 la récurrence est grave. Il serait donc imprudent de compter sur une action moindre du poison diphtérique lors d'une seconde attaque et

imprudent de laisser l'entourage du malade dans cette même illusion.

Mais il suffit d'être prévenu de l'existence possible de ces récidives pour les dépister et en diminuer le danger au moyen de la sérothérapie.

Mais ce traitement sérothérapique devra se ressentir des constatations faites récemment, constatations qui ont amené à considérer les doses classiques comme souvent trop faibles.

On ne s'en tiendra donc pas à ces doses, on se laissera guider non par l'âge du malade mais par la forme clinique qu'aura prise chez lui l'infection, c'est-à-dire que suivant la gravité des phénomènes d'infection et d'intoxication, on diminuera ou augmentera la dose initiale à injecter, dose que l'on répétera dans la suite et plusieurs fois s'il en est besoin. Cette thérapeutique est en l'occurrence, d'autant plus indiquée que nous avons vu les récidives prendre fréquemment la forme prolongée, symptomatique sans doute de l'insuffisance des ressources organiques que les hautes doses de sérum viendront compenser. Elle a du moins pour elle l'appui de certaines observations où des malades traités lors d'une première atteinte de gravité moyenne avec de faibles doses de sérum et lors d'une deuxième atteinte hypertoxique avec de fortes doses, étaient exempts dans le second cas, de la paralysie du voile du palais qui, dans le premier, était venue compliquer la maladie.

CONCLUSIONS

1° La diphtérie peut récidiver : il y a récidence, qu'il y ait contagion nouvelle ou auto-diphtérisation pourvu qu'un intervalle de 3 à 4 semaines, avec absence complète de manifestations morbides, sépare les deux atteintes.

2° Ces récides semblent indiquer une sorte de prédisposition à contracter la maladie.

3° Elles surviennent souvent pendant la convalescence, à la faveur d'une infection secondaire : rougeole, scarlatine, etc.

4° Elles sont en général moins graves que la première atteinte mais dans 1/3 des cas elles le sont davantage.

5° Toutes les fois qu'un enfant a surmonté une infection diphtérique, on doit l'éloigner de l'atmosphère d'infection dans lequel il se trouve. Peut-être serait-il nécessaire d'instituer des séjours de convalescents ; on éviterait ainsi bien des récides.

6° Si le séjour dans cette atmosphère se prolongeait au delà de 3 ou 4 semaines, il serait bon d'injecter au convalescent du sérum à titre préventif et de pratiquer pendant longtemps des lavages de la gorge et du nez.

7° Quand dans la convalescence d'une diphtérie survient une infection secondaire, même après 2 ou 3 semaines, il sera prudent d'agir de la même façon.

8° Si dans une famille, on est appelé pour une diphtérie, on prendra vis-à-vis des frères et des sœurs du malade, des mesures prophylactiques sévères même s'ils ont été touchés par une diphtérie antérieure.

9° Le traitement sera celui des doses fortes de sérum antidiphtériques.

Vu : le Président de la Thèse,
HUTINEL.

Vu : le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Schwilgué.** — Rec. d. faits et obs. relatifs au croup, 1808.
Latour. — Manuel du croup, p. 20, 1808.
Caron. — Exam. d. rec. d. faits relatifs au croup, 1808.
Home. — Recherches sur le croup, 1809.
Carron. — Rec. périod. d. méd. T. 28, 1812.
Lechevrel — Rec. périod. d. méd. T. 42, 1812.
Mercier. — Rec. périod. d. méd. T. 43, 1812.
Jurine. — Rap. sur l. commission d. croup, 1812.
Valentin. — Recherches his. sur le croup, 1812.
Vieusseux. — Mém. sur le croup, 1812.
Royer-Collard. — Dic. de sc. méd. T. VII, art. croup. 1813.
Skiers. — Th. d. Paris, p. 29, 1823.
Horteloup. — Th. d. Paris, p. 29, 1826.
Lespine. — Arch. d. méd. T. 23, p. 322, 1830.
Rilliet et Barthez. — Mal. de l'enf., 1838.
Barrier. — Trait. d. mal. de l'enf., T. I. 1841.
Guersant. — Mém. d. l. soc. d. chir. T. 3, p. 131, 1853.
Germain Sée. — Soc. méd. d. hôp., 1858.
Millard. — Th. d. Paris, 1858.
Hervieux. — Th. d'agrég. de Paris, 1860.
J. Simon. — Dic. d. méd. et chir. prat. art. croup, 1869.
Lorain et Lépine. — Dic. d. méd. et chir. prat. art. diphtérie, 1839.
Péter. — Th. Paris, 1875.
Sanné. — Traité d. l. diphtérie, 1876.
Hosmer. — Diphteria relapse. Boston M. S. J., 1880.
Cozzolino. — Diphterite prolungata. Napoli, 1881.
Cadet de Cassicourt. — Rev. mens. d. mal. d. l'enf. Paris, 1883.
Bouchut. — Clinique de l'hôp. d. Enf. Mal. Paris, 1883.
Wins. — Rev. mens. 1. mal. d. l'enf. Paris, p. 314-316, 1884.
Greswell. — Diphteria as a chronic malady... Brit. M. J. London, 1886.

- Cahnheim.** — Ob. diphterie, Recidiv oder Reinf ction ? Jahresb. d. Gesel. f. Nat. u. Heilk. in Dresd..., 1886.
- Jacobowitoch.** — Arch. f. Kind Stuttg. (Diphtérie prolongée), 1888.
- Descroizilles.** — Traité de path. et clin. inf. (2^e éd.) Paris, 1891.
- Frœnkel.** — Immunisirungs... bei diphterie. Berl. Klin. Wchnschr. 1891.
- Von Schweinitz and Gray.** — Immunisirungs... bei diphterie. Med. News. Phila, 1891.
- Bourgues.** — La diphtérie. Paris, 1892.
- Behring.** — Zur immunisirungs... diphterie, Deutsch med. Wchnsch. Leipzig, 1893.
- Le Gendre.** — Diphtérie et séroth. Bul. et mém. soc. méd. d. hôp. P., 1893.
- Sevestre et Méry.** — Persis. d. bacilles diph, après guérison. Bul. et mém. hôp. P., 1893.
- Morill.** — Arch. ped. N. Y., 1893.
- Variot.** — Régén. récid. d. f. memb. J. clin, et thérap. inf. Paris, 1893.
- Vucetic.** — Beitrag zur recidiv... Allg. Wien. méd. Ztg., 1896.
- Bazin.** — Reinfection in diphteria. Montréal. M, J. 733-37, 1896.
- Frommer.** — Diphteritis recid. neuritis et paral. ascend. Gyogyas. Budap, 1896.
- Golay.** — Diphtérie prol. Rev. méd. d. l. Suisse romande Genève, 1897.
- Nikanoroff.** — Es. d'immunis. d'anim. p. sérum. Arch. d. sc. biol. St-Péters., 1897.
- Sevestre et Martin.** — Traité des mal. d. l'enf. d. Grancher... T. 1, 1897.
- Barbier.** — Recher. s. la diphtérie. Bul. et mém. soc. méd. Paris, 1898.
- Martinez Vargas.** — La immundad en la diph. An. d. obst. y ped. Madrid, 1898.
- Massenzi.** — Diphterite cronica. Gazz. méd. d. Roma, 1898.
- Brossard.** — De l'immunité acquise. Poit. méd. Poitiers, 1899.
- Dasara Cao.** — Dif. recid. e tuberculosi. Gaz. d. osp. Milano, 1899.
- Vives Sobre.** — La immun. en la diph. Gac. med. catal. Barcel., 1900.
- Friedlander.** — Recurrence of diph... Cincin. Lancet-Clinic, 1900.
- Cadet et Gassicourt.** — Diph. prol. ou à rechutes. Bul. soc. méd. Elysée-Clermont, 1900.
- Comba.** — Recidiv... diphterite. Riv. crit. di clin. méd. Firenze, 1900.
- Dziergowski.** — Et. expér. de l'immun. de la dipht. Gaz. lek. Warszawa, 1900.
- Ausset.** — Recidive de la diph. Echo méd. d. Nord. Lille, 1900.
- D'Espine et Picot.** — Man. prat. d. mal. de l'enf. (3^e éd.), 1901.

- La Torre.** — La inmunidad... difteria. Méd. d. l. Niños. Barcel., 1901.
- Preisich.** — Ein Fall von récid... Jahrb. f. Kind. Berl., 1901.
- Metchnikoff.** — L'immunité dans les mal. infec. Paris, 1904.
- Barbier.** — Formes prolongées ou récidiv... Bul. et mém. soc. hôp. Paris, 1901.
- Borgoni.** — La reinfezione difterica. Gior. ital. d. laringol. Napoli, 1901.
- Comby.** — Val. therap. d. séroth. Bull. méd. Paris, 1903.
- Roger.** — Les mal. infec. Paris, 1902.
- Concetti.** — Le recid. e le ricad. nella dif. Riv. clin. ped. Firenze p. 289-309, 1903.
- Groote (de) et Lamborelle.** — Reinfection diph. Bul. soc. méd. Gand, p. 84-87, 1903.
- Nobécourt et Du Pasquier.** — Recid. de la dyph. Bul. soc. ped. Paris, 212-219, 1903.
- Raulin.** — Recid d. la dyph. Gaz. heb. d. sc. méd. Bordeaux, 376, 1903.
- Bourcart.** — Recher. s. persis, bac. diph. Rev. mens. mal. inf. p. 393-423. Paris, 1903.
- Netter.** — Val. du serum. Bul. med. Paris, 1903.
- Aubinière.** — Th. Paris. Diph. prolongée. Paris, 1903.
- Barbier.** — Diph. prol. ou à rechutes. Rev. gén. eli. et théér. Paris, 1903.
- Barbier.** — Bul. et mém. de soc. méd. hôp. Paris. Etude statistique Mai 1904.

